

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA**



**Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en Médicos
generales y residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense,
Marzo-Octubre 2016.**

Autora:

Dra. María de la Concepción García Cisneros.

Médico Residente III.

Medicina Interna.

Tutora:

Dra. Ana Cecilia García.

Internista-Toxicóloga.

Hospital Aleman-Nicaraguense.

Managua, 13 de Noviembre 2016.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	9
Problema	10
Objetivos	11
Marco Teórico:	12
Diseño Metodológico	54
Resultados	61
Discusión	82
Conclusiones	84
Recomendaciones	86
Bibliografía	87
Anexos	90

Anexos 1

Ficha #_____

Cuestionario 1: de datos sociodemográficos y laborales.

Prevalencia del Síndrome de Burnout y Factores asociados en Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense Marzo-Octubre 2015.

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

1. Edad cumplida en años _____
2. Sexo biológico. Femenino __ Masculino _____
3. ¿Padece Ud. de Diabetes Mellitus? Sí____ No____ ¿controlada?_____
4. ¿Padece Ud. de alguna Enfermedad Cardiovascular? Sí__no____ ¿Cuál?_____
5. Estado civil. Casado____ Viudo____ Divorciado____ Unión libre ____Soltero _____
6. ¿Tiene hijos? Ninguno ____ 1 ____ 2____ 3____4 o más _____
7. Años ejerciendo la carrera o residencia _____
8. Servicio donde labora. Cirugía____ Medicina Interna____ Pediatría____ Ginecología____ Emergencia_____
9. ¿Tiene actividad laboral privada? Sí ____ No _____
10. ¿Cuántas horas trabaja en una semana más de las establecidas? _____
11. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted el ambiente laboral donde se desempeña?_____
12. ¿Piensa Ud. que al estar ejerciendo la residencia o la medicina general se estresa? Poco____ Regular____ Mucho_____
13. ¿Siente usted que se le reconoce su trabajo mediante estímulos institucionales a su desempeño?
Sí ____ No _____
14. Considera que el ambiente de trabajo en su desempeño es...
Bueno ____ Regular ____ Malo ____ Muy malo _____

15. ¿En qué situaciones siente usted que pierde el control?

- a) Exceso de pacientes.
- b) Falta de material.
- c) Falta de apoyo del equipo de trabajo.

16. ¿Considera usted que tiene conflictos a nivel interpersonal en su trabajo?

- a) Sí
- b) No

17. ¿Cuál es el número, aproximadamente, de días con jornada extraordinaria que realiza en 1 mes, en el Hospital?

- 1) Ninguna jornada extraordinaria.
- 2) Entre 1 y 4 jornadas extraordinarias.
- 3) Entre 5 y 10 jornadas extraordinarias.
- 4) Más de 10 jornadas extraordinarias.

Anexo 2

Cuestionario 2: Inventario de Burnout de Maslach

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

Qué tan seguido:

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 0 Nunca | 4 Una vez a la semana |
| 1 Pocas veces al año o menos | 5 Pocas veces a la semana |
| 2 Una vez al mes o menos | 6 Todos los días |
| 3 Pocas veces al mes | |

Qué tan seguido

Oraciones

- 1_____ Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.
- 2_____ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
- 3_____ Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
- 4_____ Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
- 5_____ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
- 6_____ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
- 7_____ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
- 8_____ Siento que mi trabajo me está desgastando.
- 9_____ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
- 10_____ Siento que me he hecho más duro con la gente.
- 11_____ Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

- 12____ Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- 13____ Me siento frustrado por mi trabajo.
- 14____ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
- 15____ Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.
- 16____ Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.
- 17____ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
- 18____ Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
- 19____ Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- 20____ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- 21____ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.
- 22____ Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

Anexo 3

Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por médico residente de segundo año de Medicina Interna del Hospital Aleman-Nicaraguense. La meta de este estudio es conocer los factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos residentes y generales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomara aproximadamente cinco minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta encuesta, conducida por médico residente. He sido informado de que la meta de este estudio es conocer los Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos generales y residentes.

Me han indicado que tendré que responder preguntas en una encuesta lo cual tomara aproximadamente 5 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso

de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ma. Concepción García al teléfono 58076714. Entiendo que una copia de esta ficha me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo psicosocial en el ambiente laboral, constituyen un elemento que involucra diversos aspectos y que se relacionan con eventos de diferente naturaleza: el medio ambiente físico, los contaminantes biológicos y químicos, las condiciones de seguridad y otros eventos como son, la adaptación a la cultura organizacional, las condiciones laborales, la organización del trabajo y las características del individuo que ejecuta una tarea; y es justo en esta relación donde aparece el Síndrome de Burnout o “estar quemado”, concepto que fue introducido en 1974 por Fredeunberger, definiéndolo como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida, que no produce la suficiente gratificación o refuerzo. (1)

En el ámbito laboral este síndrome se puede definir como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional; así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Más adelante, en 1981, Maslach y Jackson, le dan una connotación tridimensional a este síndrome pues incluyen: agotamiento emocional (refiriéndose a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes), despersonalización (supone el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios) y reducida realización personal (conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto, como resultado, muchas veces inadvertido, de situaciones ingratas. (1) (2)

El estudio de este síndrome nace en el interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, pues éste, afecta aspectos importantes de la organización, como: el absentismo, la rotación, la disminución de la productividad, la disminución de la calidad en los procesos; todo lo anterior relacionado con los costos que implica. (2)

Lo anterior, no desconoce al individuo como un ser integral, pues de este síndrome se generan conductas negativas hacia sí mismo, también genera depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, irritabilidad, aburrimiento, baja tolerancia a la frustración, adicciones (alcoholismo, tabaquismo y toxicomanía). (1)

A razón de estos efectos provocados por el síndrome de Burnout, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del síndrome, así como identificar los factores predisponentes o factores estresantes que facilitan el desarrollo del mismo, interpersonales, de contexto ambiental y organizacional para contribuir en la prevención de patologías asociadas con el síndrome y disminuir tan elevado índice de enfermedades mentales, promoviendo actividades intelectuales y colectivas que limiten los riesgos individuales y ambientales. (3)

ANTECEDENTES

A nivel internacional:

Se han llevado a cabo múltiples estudios de investigación sobre el síndrome de Burnout a nivel mundial, la mayoría ha intentado establecer la prevalencia del mismo; algunos otros autores han recopilado toda la información disponible para plantear distintas teorías explicativas de su aparición. (6)

En la década de los noventa, Oehler y Davidson (1992), realizaron un estudio prospectivo, descriptivo, en el cual se identificaron los factores predictivos de Burnout en enfermeras pediátricas y compararon la incidencia de Burnout (se les pasa en la escala IBM), estrés laboral, ansiedad y soporte social percibido en enfermeras del área de agudos y las de área de no agudos. Se registraron un total de 121 enfermeras que trabajaban tiempo completo en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y cuidados intensivos neonatales. Se encontró como dato en ambas poblaciones, que presentaban niveles moderados de agotamiento emocional, y despersonalización, pero altos niveles en autorrealización personal en las escalas del IBM, cuando se realiza la comparación entre las poblaciones se encontraron niveles más altos de Burnout en las enfermeras de la unidad de cuidado agudo que en las de cuidado no agudos. Se encontró que el estrés laboral es uno de los factores predictivos más fuertes para el desarrollo de Burnout, seguido del estado de ansiedad, el apoyo de los compañeros de trabajo y la experiencia en la unidad. (7)

Otro estudio es el publicado por Stordeur et al (1999); realizado en la Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine en Bélgica, en el cual 625 enfermeras fueron evaluadas mediante el Inventario para Burnout de Maslach (IBM), obteniendo que el 24.3% de ellas presentaban un índice moderado de Burnout. (8)

Además se realizó una lista de 11 factores que son predictivos del Burnout, algunos de ellos contribuían de forma positiva con el desarrollo del mismo (demandas laborales, pobre soporte social, conflictos con otras enfermeras, conflictos con los médicos, presencia de estresores relacionados con la vida privada, laborar jornadas completas o de medio tiempo), mientras que otros contribuían de forma protectora (percepción de control a nivel laboral, sentimientos de seguridad en riesgos ocupacionales). (2)

Ya para el 2000, Bargellini et al, establecieron la relación entre variables de tipo inmunológico y el síndrome de Burnout; para esto evaluaron a 71 médicos de distintas especialidades, los cuales fueron evaluados mediante el Inventario de Burnout de Maslach (IBM), el inventario Escala de Rasgos Ansiosos (STAI-Y2), y un cuestionario de características individuales y profesionales. (2)

Además se obtuvo un perfil inmunológico que incluía el conteo total de leucocitos (%) y la citotoxicidad de los linfocitos conocidos como “Natural Killers”; este tipo de linfocito se caracteriza porque no ataca directamente a un microorganismo, sino actúan sobre células diana, generalmente infectadas o pertenecientes a procesos cancerígenos, para su destrucción. Esta destrucción la hacen mediante un ataque a la membrana plasmática y no por fagocitosis, como en el caso de otros linfocitos. Como resultados encontraron que en un grupo de especialistas relativamente joven, un alto grado en la subescala para percepción de logro personal correlacionaba con un aumento en el número de linfocitos T, con lo cual se podría especular que al presentar una autoevaluación positiva, se podría fortalecer el sistema inmune. En contraste no pudo obtenerse evidencia en este estudio de que el trabajo duro, el cansancio y reacciones cínicas hacia los pacientes sean causantes de un estado de inmunosupresión. (1)

Continuando con el personal de salud, Quiroz y Saco, en el 2000 realizaron un estudio en el Hospital Nacional Sur Este del Cusco, con una muestra de 64 médicos y 73 enfermeras.

En el estudio se determinó la prevalencia del síndrome del Burnout, utilizando la escala IBM y la asociación de esta con variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral y autopercepción del desempeño laboral. (3)(4)

Se encontró una prevalencia del síndrome Burnout, en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras. No se encontró Burnout en alto grado. También se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y tener otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con la situación laboral, la motivación para el trabajo, la autopercepción laboral, la satisfacción e insatisfacción laboral. (3)(4)

López y Bernal (2002), en su estudio prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria, tomaron a los trabajadores dependientes de la dirección de enfermería del Hospital del Noroeste de Murcia, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras y auxiliares; para esto se les aplicó el IBM y un cuestionario de variables sociodemográficas. Se obtuvo un total de 143 participantes, obteniendo que un 26,5% de los trabajadores presentaban agotamiento emocional, un 30% despersonalización, y un 20% baja realización personal. Las escalas de despersonalización fueron más altas en lo trabajadores más jóvenes y en las de menos años de experiencia. (5)

Thomas (2004) publicó un metanálisis con artículos entre 1983 y el 2004, entre los cuales identificó 15 artículos heterogéneos que se referían a Burnout en médicos residentes.

Estos establecían que los médicos residentes presentaban niveles elevados de Burnout y que esto correlacionaba con la presencia de depresión y problemas en la atención de los pacientes. Sin embargo, los datos de la época determinaban que no era posible establecer una relación causal basada en características sociodemográficas. (6)(7)

A mediados de década, Pimentel et al (2005), realizaron un estudio exploratorio analítico, longitudinal, prospectivo; donde se tomó una muestra de 16 residentes de enfermería y se les administró el IBM al primer, onceavo, catorceavo y veintitresavo mes del ingreso a su entrenamiento esto aunado a un cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales. Se encontró que el 17,2% de los residentes mostraron valores elevados en agotamiento emocional y despersonalización; 18,8% en compromiso en incompetencia y falta de realización profesional. (8)

López, et al (2005), realizaron un estudio trasversal y descriptivo, en Barcelona, con la finalidad de establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud pediátrica. Estudiaron una muestra de 127 trabajadores del equipo de enfermería (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), se les administró el IBM. El cuestionario fue completado por 93 miembros del equipo; el 20,8% de los trabajadores tenían altos niveles de Burnout. A nivel de subescalas, el 67,7% de los participantes presentaron niveles bajos de realización personal, 14,5% presentaron niveles altos de agotamiento personal, y el 23,9% de las personas obtuvieron altos niveles en la escala de despersonalización. (9)

Klersy y Callegari (2007) publicaron un estudio en el cual 344 trabajadores (médicos y enfermeras) de 10 centros de diálisis en el norte de Italia completaron una batería de cuestionarios que incluían el Inventario de Burnout de Maslach (IBM), el MOS-36 (escala que mide variables relacionadas con aspectos de salud física y mental), y el Cuestionario General de Salud que constaba de 30 ítems (GHQ30).

Encontraron que 30% de los enfermeros presentaba una puntuación alta para agotamiento emocional, contra 18% de los médicos; esto predicho por el número de horas y meses laborados en la unidad de diálisis de los últimos 2 años. Pertenecer al género masculino y tener dificultades interpersonales con los compañeros correlacionó con alto puntaje en la subescala de despersonalización. La percepción de bajo logro personal correlacionó con no tener hijos y con tener posiciones permanentes en el mismo puesto de trabajo. (10)

Para el 2009, Toral et al, realizaron un estudio transversal en médicos residentes de distintos años, de tres hospitales la ciudad de México (tercer nivel, segundo nivel y algo parecido a atención primaria). A los participantes se les administró un consentimiento informado para la autorización y se les facilitó un cuestionario que contenía el inventario de Maslach para Burnout (IMB), otro instrumento para la recolección de datos sociodemográficos, la escala de actitudes en el trabajo, la escala de 8 preguntas de uso de alcohol y drogas y otra de depresión (PRIME MD), que busca ánimo depresivo, y/o anhedonia actual e historia de un episodio depresivo mayor previo en la residencia. Encontraron un 40% de Burnout, además este 40% tenía 5.5 veces más probabilidad de reportar una o más prácticas subóptimas de cuidado de salud del paciente, generalmente asociaban depresión y tenían jornadas de trabajo de más de 12 horas. (3)(4)

Penson et al (2011) realizaron un estudio con una muestra de 660 médicos oncólogos, de los cuales el 56% se encontraba “quemado”, más de la mitad tenía sensación de fracaso y frustración y cerca de un tercio de ellos estaba deprimido. Un 20% tenía pérdida de interés en la práctica y el 18% se reportó “totalmente aburrido”. La mitad de todos ellos respondieron que este el “estar quemado” era inherente al trabajo que realizaban y el 85% reportó que esto estaba afectando su vida personal y social. (5)

A nivel nacional:

En Nicaragua hay pocos estudios con respecto al síndrome de Burnout, algunos de ellos de revisión del tema, y otros con una muestra poblacional muy pequeña. (8)

Una de las primeras publicaciones que se realizó en el país es una revisión del síndrome de Burnout (Aragón Paredes, 2007), realizó un estudio de corte transversal para estudiar la presencia del síndrome de Burnout en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua, en el año 2007. La población de estudio estuvo constituida por un total de 65 médicos y 100 del personal de enfermería. Se presentaron el doble de casos en el personal de enfermería que en los médicos. (8)

La dinámica de trabajo fue el factor más percibido como desfavorable. La relación antigüedad laboral-casos tuvo comportamiento inverso, entre el personal de enfermería, a mas años labores más casos, y lo contrario entre los médicos. La mayor parte de casos son jóvenes y se encuentran casados. Los casos predominantes en el personal de enfermería fueron del sexo femenino, en los médicos fue el masculino. (8)

Hodgson Suárez, (2013) realizó un estudio sobre los Factores psicosociales del trabajo y Síndrome de Burnout en docentes universitarios, Bluefields, realizado mediante la aplicación de la escala de factores psicosociales del trabajo académico y el Maslach Burnout Inventory, instrumentos aplicados a 109 docentes. Los resultados revelan la presencia de una alta demanda del papel académico y desarrollo de la carrera como factor negativo en el ambiente laboral de los docentes, también señala la despersonalización como la dimensión del síndrome de Burnout. Se encontró asociación entre el factor contenido y características de la tarea con la dimensión de despersonalización, así como relación entre papel académico y desarrollo de la carrera con el agotamiento emocional. (8)

JUSTIFICACIÓN

Es conocido que el Síndrome de Burnout se da sobre todo en personas que trabajan con personas y que los profesionales de la salud son los más propensos a desarrollarlo. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, así como analizar los factores asociados a su desarrollo en los médicos generales y residentes de último año del hospital Aleman-Nicaraguense para contribuir en la prevención de patologías asociadas con el síndrome.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y cuáles son los factores asociados en Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las variables sociodemográficas de la población en estudio.
2. Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el grupo de estudio.
3. Determinar los factores asociados al Síndrome de Burnout de los médicos en estudio.

MARCO TEORICO

Definición:

El primero en introducir el término como tal fue Freudenberger en 1974, quien trae el concepto del término coloquialmente usado para las personas con uso de drogas crónico, y utiliza el término para referirse a depleción emocional, pérdida de motivación, y disminución de compromiso entre los voluntarios de la Clínica San Marco en una Villa al Este de Nueva York, donde trabajaba como psiquiatra. Freudenberger, lo define como un *“estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”*. Según este autor las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el síndrome de Burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras, este autor postula que estas personas *“sienten una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”*. Otra condición que este autor describe para la aparición del Burnout es el aburrimiento, la rutina, y la monotonía en el trabajo que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año de haber estado laborando. Y él mismo define tres aspectos característicos del Burnout: agotamiento emocional progresivo, pérdida de la motivación y disminución del compromiso. (3)

Más adelante, Maslach y colegas en 1976, iniciaron investigaciones en California, cuando entrevistaron a diferentes trabajadores de servicios profesionales humanos (abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras), llamándoles la atención en cómo los trabajadores que utilizaban estrategias cognitivas como alta preocupación, ocasionalmente se sentían emocionalmente exhaustos, desarrollaban percepciones y sentimientos negativos hacia sus pacientes o clientes; y experimentaban crisis en cuanto a su competencia profesional. (3)

Lo que los lleva a definir el Burnout como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, producida por haber permanecido, durante periodos constantes y de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social. Para Maslach, el Burnout está definido como un constructo que consta de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal: *“un síndrome compuesto por agotamiento emocional, despersonalización, y disminución de la realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas con cierta necesidad”* esto lleva a esta investigadora en conjunto con sus colegas a elaborar en 1981 una escala de medición del mismo, el Inventario para Burnout de Maslach (IBM). (3)

Según Schaufeli et al (2009) los empleados que experimentan Burnout pierden la capacidad de proveer contribuciones de calidad que puedan tener un impacto laboral y si continúan trabajando, disminuyen su rendimiento laboral; estos autores visualizan al Burnout como un fenómeno psicosocial y creen que es el producto de un rápido cambio en las relaciones interpersonales. (3)

Farber es ampliamente explicado en el artículo de Montero, García, Mosquera & López, (2009), y según Montero este autor critica que el Burnout es contemplado por la mayoría de los investigadores como un único fenómeno con etiología y sintomatología consistente y propone una diferenciación del síndrome basado en la descripción de tres perfiles clínicos, además propone que el Burnout debe ser prevenido y tratado según cada uno de estos perfiles. Explica la relación del Burnout con el ámbito laboral, diciendo que surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido en sus labores, sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Los perfiles que Farber describe son: el primer grupo, denominado *frenético*, estaría formado por individuos ambiciosos, que arriesgan su salud psíquica y descuidan su vida personal para maximizar la probabilidad de éxito profesional, hasta el punto de encontrarse abrumados y sobrecargados por su implicación ante las dificultades del trabajo. (3)

El segundo tipo, llamado *desgastado*, estaría formado por individuos menos dedicados a su trabajo, que piensan que el éxito y reconocimiento profesional no dependen del trabajo y del esfuerzo. Este tipo de creencias podrían ser resultado de una falta de control sobre los resultados del trabajo, así como de una ausencia de reconocimiento por los esfuerzos dedicados. El tercer grupo, o *infraestimulado*, estaría constituido por sujetos con unas condiciones de trabajo monótonas, que fallarían a la hora de proveer suficiente recompensa y estímulo. Se trataría de sujetos indiferentes hacia su trabajo, cuyo registro de talentos no estaría lo suficientemente reconocido en su marco profesional. (3)

Otra concepción del síndrome de Burnout es la de Burke (1987), que explica el mismo, como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. (3)

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales de ayuda, ni a profesiones en contacto directo con las personas (como administradores, intérpretes y trabajadores de cuello blanco), como lo había definido Maslach, es decir, definen el Burnout *“Como un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico de trabajo en situaciones emocionalmente demandantes, en el cual uno es cínico acerca del valor de la propia ocupación y duda de la propia capacidad para llevar a cabo las tareas que se le requieren”*. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimiento de incapacidad, desesperanza o de alienación con el trabajo, además, se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hasta hacia la vida misma. Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (4)

Para esto hablan de que a nivel económico, muchas compañías hacen que sus empleados pongan a un lado sus propios principios “por el bien de la compañía”, y por otro lado, que la empresa pública muchas veces propone altos ideales que por mucho sobrepasan sus recursos: son pocas las sociedades con suficientes recursos como para conocer las necesidades de su población. (4)

Otra definición es la propuesta por Felton (1998), que se refiere a un complejo de respuestas psicológicas al estrés particular que genera la constante interacción con personas que se encuentran en un estado de necesidad, la diferencia de otros males que ocasiona el estrés asociado al trabajo es que hay una consecuencia en la interacción laboral con los clientes. (4)

Para Gil y Peiró, el Síndrome de Burnout por el trabajo es una *“respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, evitación...), y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias”*. Por lo que se dice, si la relación estrés y consecuencias del estrés permanecen a lo largo del tiempo, este estrés tendrá consecuencias nocivas para el individuo *“en forma de enfermedad o de falta de salud con alteraciones psicosomáticas”*, y para la organización. (4)

Sinónimos:

El síndrome de Burnout ha tenido diferentes traducciones al español, como por ejemplo: síndrome Burned Out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome de desgaste profesional, síndrome de fatiga en el trabajo, síndrome de desgaste ocupacional (SDO) o síndrome del trabajador desgastado o síndrome del trabajador consumido o incluso síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome del estrés laboral asistencial, “estar quemado profesionalmente”, “desgaste físico”. (13)

Epidemiología:

Respecto a la prevalencia y a la incidencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no hay aun algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, y aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos, y diferentes poblaciones, los datos que se han obtenido varían mucho de población en población estudiada, e incluso entre las mismas poblaciones. (13)

En el caso del personal de salud las incidencias varían, por ejemplo en el estudio de Grau et al (2007), en donde se toman más de diez mil personas de habla hispana que laboran en salud, a través del portal electrónico de la página Intramed, se muestran incidencias muy variables según el país, por ejemplo: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador. (13)

Igualmente sucede específicamente en los enfermeros profesionales en donde hay estudios que hablan de prevalencias mayores del 50% y otros inferiores al 10%. Se dice que su prevalencia tiene un pico en dos periodos de tiempo, el primero durante los dos primeros años de carrera profesional y el segundo en personas que han cumplido diez años de labores. (13)

Fisiopatología: Procesos de desarrollo del síndrome de Burnout, modelos explicativos:

Existen numerosos modelos psicosociales explicativos acerca de las etapas o la secuencia del desarrollo del Síndrome de Burnout por el trabajo, esto dada la necesidad de establecer una relación entre antecedentes y consecuentes de sus dimensiones, es decir, establecer cómo llega el individuo a sentirse quemado, con el fin de integrarlo a marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria.

El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. (13)

Gil y Peiró (1997 y 1999) realizan una agrupación de estos modelos en tres grupos y brindan una explicación bastante clara de los mismos:

Un primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, recogen las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de Burnout, y consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen, a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; y que la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales como la depresión o el estrés que acompaña la acción. (13)

Gil y Peiró (1997, 1999) agruparon en este grupo los modelos como el modelo de competencia social de Harrison, el modelo de Cherniss, el modelo de Pines y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper. Para estos autores en los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson *et al* es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome. (13)

Luego en el segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la conservación de recursos y proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. (13)

Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo. (13)

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. (13)

A continuación discutimos algunos de estos modelos más en detalle:

Para Edelwich y Brodsk, citado por Carlotto y Gobi (2001); Martínez (2010); Rodríguez y Hermosilla (2011), el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda:

1. Etapa de idealismo y entusiasmo: fase inicial, donde el individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con este. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera, el profesional, se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una supervalorización de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa, la de estancamiento. (14)

2. Etapa de estancamiento: supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y el entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios, pasando a repensar su vida profesional, Dificultades en superar ese momento pueden hacer que el individuo se mueva para la otra etapa, la de la apatía. (14)

3. Etapa de apatía: se considera ésta el núcleo central del Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, de comportamiento y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. El contacto con la persona a quien se le presta el servicio es evitado, ocurren las faltas al trabajo, y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento. (14)

4. Etapa de distanciamiento: la persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. (14)

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional, la persona pasa a evitar desafíos de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado posee compensaciones (por ejemplo, el salario) que justifican la pérdida de la satisfacción. (15)(16)

Cherniss (1982), citado por Martínez (2010) y De las Cuevas (2003), postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases:

1. Fase de estrés: que consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. (16)
2. Fase de agotamiento: que se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. (16)
3. La fase de afrontamiento: aparece una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo (evitación de tareas estresantes, alejamiento personal), de forma que aparece una tendencia a tratar a los beneficiarios del trabajo de forma mecánica, distanciada, rutinaria, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que uno presta. (16)

El modelo de Farber (1991), citado por Martínez (2010), Gil y Peiró (1997, 1999), Montero et al (2009); describe seis estadios sucesivos en cuanto al desarrollo del Burnout, pero también los correlaciona con la personalidad del sujeto que lo padece y describe tres subtipos de Burnout: frenético, infraestimulado y desgastado (explicado anteriormente).(16)

Los estadios serían:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988), citado por Schaufeli, et al (2009), Martínez (2010), Gil y Peiró, (1997, 1999), Rodríguez y Hermosilla (2011). Plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales o laborales y los recursos personales. Esto provocaría agotamiento emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja realización personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. Y plantea que si por el contrario, se da un equilibrio entre las demandas laborales y los recursos personales, se da un aumento del compromiso y de la capacidad del trabajador para generar cambios de impacto beneficioso dentro de la organización.(17)

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el *agotamiento emocional* es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La *despersonalización experimentada por el trabajador* se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. (17)

Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre las propias personas a las que se les brinda el servicio, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las mismas. Y por último, la *baja realización personal en el trabajo* que se refiere a respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades. Con este modelo es que se construye el Maslach Burnout Inventory, que pretende evaluar este constructo en sus tres dimensiones. (17)

Además estos investigadores, citados por Rodríguez y Hermosilla, 2011), sugieren varios factores como influyentes en el desarrollo del Burnout:

1. La carga de trabajo: definida como la cantidad de trabajo que se realiza en un momento dado. Los autores afirman que un volumen de trabajo asequible ofrece la oportunidad de disfrutar con la tarea, para conseguir los objetivos laborales, y su desarrollo profesional.

Sin embargo, el exceso de trabajo no se conceptualizaría simplemente como un desfase o exceso en los requisitos para conseguir un nuevo reto, sino ir más allá de los límites humanos. (17)

2. El control que se define como la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas, y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. Un buen ajuste se produce cuando hay una correspondencia entre el control y los niveles de responsabilidad, produciéndose una discrepancia cuando las personas carecen de control suficiente para cumplir con las tareas de las que se les hace responsables. (17)

3. La recompensa sería un tercer factor que recogería tanto el reconocimiento económico como social del trabajo, ofreciendo indicadores claros de lo que valora la organización, mientras que la falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo como a ellos mismos. (17)

4. El factor de comunidad se define como la calidad del entorno social de una organización relacionado con el apoyo social, la colaboración y los sentimientos positivos. Los desajustes se producen cuando no existe una conexión positiva con los demás en el trabajo. (17)

5. La equidad considerada como la medida en que la organización tiene normas coherentes y equitativas para todos. Un elemento importante en este factor es el grado en que los recursos se asignan de acuerdo a procedimientos comprensibles y consistentes. La equidad transmite respeto por los miembros de la comunidad. La falta de equidad indica confusión en los valores de una organización y en sus relaciones con las personas. Finalmente, los autores consideran los valores como lo que la organización y sus miembros consideran importante. En este sentido, cuando los valores organizacionales y personales son congruentes, los éxitos son compartidos, por su parte, cuando existen diferencias entre los valores de una organización y los valores de su personal, o si la organización no practica sus valores se producen desajustes que degeneran en estrés y desgaste. (17)

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski et al (citado por Buela y, Caballo, 1991), Martínez (2010), Gil y Peiró, (1997, 1999), Rodríguez y Hermosilla (2011) plantean otro modelo, en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos, etc. Este modelo visualiza el fenómeno del Burnout como proceso, el cual es progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral. (18)

Aunque respeta las fases propuestas en el modelo propuesto por Leiter y Maslach, Golembiewski propone una diferencia en la secuencia en que se da el proceso, iniciando con la despersonalización, de tal forma que se ve a los destinatarios de los servicios como “culpables” de los propios problemas, repercutiendo en la calidad del trabajo brindado, luego vendría la baja realización personal: en la que el individuo piensa que trabaja mal con la gente y por consiguiente se aísla o evita situaciones en que podría ponerse en manifiesto, y por último esto se convertiría en un ciclo que desgastaría emocionalmente al trabajador, por lo que al agotamiento emocional estaría presente en los estadios más avanzados. (18)

Además divide cada una de las categorías del IBM en alta o baja, obteniendo un espectro mayor, por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función de la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases. (18)

En el modelo de conservación de recursos de Hobfoll (Gorgievski y Hobfoll, 2008) (Hobfoll y Shirom 2000) y citado en Rodríguez y Hermosilla, (2011). Esta teoría explicativa del desgaste profesional se centra principalmente en aquellos factores cognitivos y del ambiente asociados con los recursos personales, concebidos como “*objetos, características personales, condiciones o energías que son valiosos por sí mismos, o porque proveen o protegen recursos valiosos para la persona*” (Hobfoll, 2008). Por tanto, los recursos se convierten en el factor central de este modelo. El principio básico de esta teoría afirma que las personas intentan adquirir, mantener y proteger los recursos que poseen, percibiendo la pérdida potencial o real de recursos, así como la pérdida de una ganancia esperada como estresante. (18)

Hobfoll conceptualiza al estrés como una reacción frente al ambiente en la cual se presenta (a) una amenaza de pérdida de recursos, (b) una pérdida neta de recursos (c) una baja tasa de recursos ganados tras una fuerte inversión de recursos realizada. Dicho de otro modo, una situación en la que se puede perder, o se ha perdido, o no se ha ganado suficiente. (18)

En este sentido, el desgaste profesional o Burnout se concibe como el resultado de esa pérdida global o amenaza de pérdida de recursos valiosos, y por tanto, como un síndrome fundamental de agotamiento de recursos. Además, Hobfoll sugiere que las características personales podrían actuar como moduladores frente a la experiencia de estrés. Asimismo, las relaciones sociales desde este modelo son vistas como recursos, en la medida en que son proveedores o facilitadores de la preservación de recursos valiosos para el sujeto. En palabras textuales del autor *“Burnout es un proceso continuo, causado por la permanente y gradual pérdida de recursos. El desarrollo de Burnout puede ser visto como un ciclo de pérdida de recursos que debe su dinámica a una combinación de estresores relacionados con el trabajo y estrategias inadecuadas para hacerles frente”*. (18)

El modelo de esfuerzo-recompensa, propuesto por Siegrist (citado por Tejada y Gómez 2009) (Rodríguez y Hermosilla, 2011) enfatiza la importancia de los roles sociales en la medida en que pueden ofrecer a la persona oportunidades de contribuir o realizar tareas (generando sensaciones de auto-eficacia), oportunidades de sentirse recompensados y valorados (incrementando la autoestima) y oportunidades de pertenencia a un grupo significativo para la persona. El rol laboral en la vida adulta es considerado por Siegrist como una herramienta básica que satisface necesidades emocionales y motivacionales de las personas como la autoestima, la autoeficacia y la oportunidad de estructura social. (18)

A partir de estas consideraciones, esta teoría establece la falta de reciprocidad o equidad entre ganancias y costes como agente causante de un estado de agotamiento emocional que degeneraría en desgaste profesional y problemas de salud. Asimismo, el modelo asume que en muchos trabajos no existe una completa especificación del puesto que favorezca un balance equilibrado entre los esfuerzos requeridos y las recompensas que se otorgan. Estos sentimientos de ser tratado injustamente y de falta de reconocimiento como resultado de un sistema inapropiado de recompensas generan una serie de respuestas de estrés del sistema nervioso autónomo. (18)

Este hecho es debido a la experiencia recurrente de déficit de recompensa que impediría la capacidad de regulación y adaptación al entorno. A largo plazo, este nivel de desajuste entre altos niveles de esfuerzo y baja recompensa conduciría a un desgaste profesional y aumentaría el riesgo de enfermedad como consecuencia del estrés mantenido y tiene consecuencias negativas para la autoestima, la autoeficacia y el sentido de pertenencia.

(18)

Otro modelo de carácter integrador a destacar son los de Gil et al (1995), citado por Martínez (2010). Este modelo pertenece al grupo de modelos de la teoría sociocognitiva del yo, estos investigadores apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Proponen que los profesionales experimentan primero, una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva la "despersonalización" como estrategia de manejo, es decir, este síndrome sería una respuesta de la ineficacia del afrontamiento al estrés laboral. Estos autores dividen las personas con Burnout en dos grupos: el Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. (19)

El perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del Burnout. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. (19)

Factores de Riesgo:

Muchos de los estudios que se han realizado, han intentado buscar una correlación entre los componentes del Burnout y los posibles antecedentes a la presentación de éste. Leiter y Harvie (1996) agruparon estos antecedentes en 3 grandes grupos: las características individuales, las características del cliente y las características del ambiente de trabajo. (19)

Características individuales:

Según Ackerley, la posición teológica o ideológica tiene una gran influencia en el desarrollo del Burnout, otros factores asociados son el hecho de que las personas tengan conocimiento de técnicas de prevención del Burnout, el grado de satisfacción que obtienen con actividades de ocio, su capacidad de empatía, el grado de aceptación de perspectivas de los otros, la capacidad de exteriorización o internalización del enojo, las estrategias de afrontamiento (siendo este según Lazarus, citado por Soriano, el conjunto de estrategias para tratar con la amenaza, el tener un sentido o propósito en la vida, el grado de tensión experimentada en situaciones interpersonales, la práctica de ejercicio físico, relajación y calidad y cantidad de sueño, entre otras. (19)

En los últimos años, se le está prestando atención a otro factor individual conocido con el nombre de inteligencia emocional. Según Ortiz y Jiménez en 2011, se refiere a *“la habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones, la habilidad de generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional”*. (19)

Este concepto plantea una nueva forma de visión en el estudio de las emociones, ya que dejan de ser elementos perturbadores de los procesos cognitivos para convertirse en fenómenos vitales del ser humano que proporcionan información útil para solventar problemas cotidianos. *“El uso inteligente de las emociones puede ayudar a nuestra adaptación psicológica y física”*. La relación del concepto de inteligencia emocional se relaciona con el Burnout en el tanto éste último se caracteriza por la presencia de diversas emociones negativas que llevan a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento en el trabajo que puede extenderse a otras áreas que afectan la calidad de vida de las personas. (19)

Características del cliente:

Según Maslach y Jackson (1986), citados por Leiter y Harvie (1996), las características del cliente y el tipo de contacto con este son un factor definitivo para el desarrollo de Burnout en todos los prestadores de servicios humanos.

Los estudios se han focalizado en factores como el número y el tipo de casos, así como el nivel de contacto con el cliente (el contacto será bajo con 50% o menos de contacto directo con el cliente). La percepción de tener demasiados casos, altos niveles de tensión, poco tiempo para realizar el trabajo, el número de horas de contacto con el paciente por semana. Las actitudes de los clientes tienen un gran impacto sobre el trabajador, el comportamiento negativo o agresivo de parte cliente ha correlacionado positivamente para Burnout en algunos subgrupos de salud mental como psicoterapeutas y enfermeros. (18)(19)

Hay contextos laborales en los que los clientes tendrán una mayor probabilidad de presentar conductas negativas y agresivas, por ejemplo, en instituciones psiquiátricas con pacientes de cuidado mental o en instituciones penitenciarias, esto será estudiado más a fondo en el apartado de características del trabajo, sin embargo es importante mencionar en este punto que hay algunas situaciones que exponen al trabajador a actos violentos por parte de los clientes. Así lo menciona Miret (2010), en el caso de trabajadores de los servicios de emergencias.(18)

Características del trabajo:

Numerosos estudios han relacionado las características de los ambientes laborales con la aparición de Burnout. Por ejemplo se ha demostrado una clara diferencia entre laborar en entornos privados versus institucionales, por ejemplo trabajar en instituciones psiquiátricas estatales. La ambigüedad de roles, en cuanto a que un trabajador no tenga un perfil claro de trabajo y sea sobrecargado con labores de otros funcionarios, el tipo de administración del liderazgo hacia los empleados, una percepción de poco o nulo apoyo por parte de los superiores, dificultad para acceder a los recursos para los clientes, falta de satisfacción en el trabajo y autoestima profesional, carencia de innovación en el trabajo y ambientes confortables, son algunas de las características asociadas al desarrollo del Burnout.(18)

Según Burgos y Calvino, citados por Miret (2010) *“La violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones y es causa de perturbaciones inmediatas a largo plazo”*. Y según este autor la empresa u organización afectada por violencia ve deteriorada su imagen corporativa, las relaciones interpersonales, la organización del trabajo, la productividad, el ambiente laboral y la atención a los clientes. Esto se refiere no solo a aspectos concernientes a violencia física, sino también la que se produce a través de un comportamiento repetitivo que paulatinamente va dañando la integridad psicológica del afectado y que puede llegar a tener repercusiones incluso mayores que la violencia física. La violencia puede tener resultados negativos sobre la organización por ejemplo, desarrollo de baja moral del trabajador, estrés laboral progresivo, mayor rotación del personal, disminución en la confianza hacia la dirección y hacia los compañeros de trabajo, y un entorno de trabajo hostil. (18)(19)

Otros autores (Gutiérrez et al, 2006) (Quinceno y Vinaccia, 2007) han descrito y clasificado los factores de riesgo para desarrollar Burnout en:

Factores sociodemográficos:

La mayor incidencia de Burnout se da en personas jóvenes, género femenino, solteros, sin pareja estable, portadores de personalidades optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseos de prestigio y mayores ingresos económicos, portadores de psicopatología de fondo. (19)

Factores propios del trabajo:

El que a nivel organizacional no se posibilite la toma de decisiones, que haya excesiva burocratización o demasiada complejidad y formalización de la empresa o institución para la cual se labora; ambientes donde no se posibilite la promoción y se frustren las expectativas de los empleados, trabajos con cambios en los turnos laborales y el horario de trabajo, empresas que no brinden seguridad y estabilidad en el puesto, ambiente laboral que no permite al empleado controlar las actividades a realizar, ambientes donde no haya retroalimentación de la propia tarea, trabajos mal remunerados, empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce el personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores o que no invierten en el desarrollo y capacitación del personal, ambientes físicos de trabajo con deficiencias de condiciones ambientales, ruido, temperatura, etc. (19)

Ambientes donde las relaciones interpersonales con compañeros, clientes y otros sean de difícil comunicación, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral.

Definitivamente hay factores organizacionales relacionados con la aparición del Burnout, tales como pesadas cargas de trabajo, escasez de tiempo para cumplir con los deberes y el clima interaccional en unidades de cuidado de la salud, sin embargo, no todos los trabajadores en un mismo lugar de trabajo se ven afectados.

De ahí la importancia de considerar los factores individuales que podrían inducir susceptibilidad para desarrollar el Burnout. (19)

Un aspecto pivote es el conflicto que se genera a partir de la lucha interna entre lo que una persona quiere alcanzar como trabajador y que tanto de esto puede realmente manejar o alcanzar, en otras palabras, sentimientos de inadecuación y dificultades para con la “consciencia”. El concepto de “consciencia” y su existencia como tal, se ha intentado medir en algunos estudios relacionados con Burnout.

La consciencia puede ser percibida como una autoridad interna, una fuente de alerta, una demanda de sensibilidad, un recurso o más bien como una carga; esto se ha observado independientemente del contexto cultural del que provenga el individuo. (17)(19)

Glasberg et al (2007), demostraron en cuanto a este tema, que el ítem incluido en una de las escalas para medir la influencia de la consciencia en las personas es el de “*se debe aplacar a esta para continuar trabajando en el cuidado de la salud*” y está especialmente relacionado con el desarrollo de Burnout. (19)

El estrés de la conciencia también se ha visto relacionado con la aparición del Burnout, en especial en relación con aspectos como falta de tiempo para proveer un cuidado de salud adecuado, un trabajo tan demandante que inflencie la vida familiar y la percepción de no poder cumplir con las expectativas de los demás. La conciencia moral también se ha relacionado con la aparición por cuanto se manifiesta como una genuina preocupación por el bienestar de los demás. (19)

Weber y Jeakel (2000) introducen además los conceptos de apoyo o soporte social y de resiliencia. El apoyo social ha jugado un papel protector en contra de la aparición de estrés del trabajo; en el caso del personal de salud, se ha demostrado mayor agotamiento emocional cuando percibían un apoyo limitado por parte de compañeros de trabajo, supervisores y seres queridos en general.

La resiliencia denominada por estos autores como *“la fuerza interna que nos hace sobreponernos a la adversidad”* también juega un papel fundamental en modular los efectos negativos que sobrevienen del estrés. Glasberg también ha reportado como los bajos niveles de resiliencia se correlacionan con mayor presencia de agotamiento emocional. (19)

En el estudio llevado a cabo (Gustafsson, 2010), se aplicaron 6 cuestionarios (Perception of Conscience Questionnaire (PCQ), the Stress of Conscience Questionnaire (SCQ), the Moral Sensitivity Questionnaire Revised (MSQ-R), the Social Interactions Scale (SocIS) and the Resilience Scale (RS) y Cattell's Sixteen Personality Factors Questionnaire) a 2 grupos de trabajadores del área de salud de psiquiatría y geriatría, cada uno conformado por 20 integrantes. (19)

Un grupo cumplía con criterios de Burnout según el Inventario de Maslach y el otro era sano. Encontraron que el grupo sin Burnout presentaba menos niveles de estrés de “conciencia”, interpretando esta como *“una herramienta que no puede evadirse y que resulta en un bien de autocuidado”*, en comparación con el grupo de Burnout que le da un papel de “carga”, que *“se debe aplacar o amortiguar para seguir adelante”*. (19)

La sensibilidad es percibida como una *“fuerza que impulsa a trabajar por el bienestar del paciente”* en el grupo sin Burnout, y como una *“carga con demandas que no acaban”* para el grupo con Burnout. El grupo sin Burnout parecía tener una actitud más paciente hacia la vida que su contraparte. Tanto la resiliencia como el apoyo social demostraron ser factores protectores, y el grupo de estudio en general demostró una percepción de menor apoyo social o de que éste no era suficiente. (19)

Leiter y Harvie (1996), postularon que el Burnout es más evidente en situaciones que *“inhiben la capacidad del trabajador de darse cuenta de sus valores a través del trabajo”*.

Estos problemas surgen cuando hay asociada una demanda excesiva por número de casos o conflictos personales que interfieren con la prestación de un adecuado servicio. Y se exacerban por percepción de un bajo apoyo de colegas, familia o escasez en los recursos para el trabajo mismo. Y en contraposición la implementación de estrategias activas de coping afecta positivamente al trabajador para que encuentre su valor a través del trabajo.

(19)

Por su parte Penson (2000) agrupa los factores de riesgos en 4 características. En primer lugar describe el grado de entrenamiento del profesional, ya que varios estudios realizados y citados por este autor, han atribuido el Burnout a la falta de un entrenamiento adecuado, no solamente del tipo técnico, sino también en comunicación y estrategias de administración. (19)

Al igual que otros autores, Penson también incluye factores de riesgo personal, como historia personal de enfermedad psiquiátrica, experiencias negativas en la infancia, y los rasgos de personalidad. Luego también presenta un apartado concerniente a los equipos de cuidado de salud, ya que la prevalencia del Burnout puede verse disminuida por equipos de trabajo eficientes que presten atención a las necesidades emocionales de los miembros.

(19)

La relación que se desarrolla con el paciente juega un papel fundamental en el desarrollo de Burnout; es probable que por esto la prevalencia del síndrome es mayor en profesiones en que se desarrollan relaciones más cercanas

con los clientes, por ejemplo psicoterapeutas, oncólogos, enfermeros de servicios de cuidado infantil, en contraposición con cirujanos, ortopedistas, etc. En quinto lugar ubica a las estrategias de acoplamiento o coping. (19)

Por último Miret 2010, agrupó los factores de riesgo para el Burnout en 4 grupos, que básicamente contienen 3 entornos el individual, el organizacional y el social. El primero de ellos se refiere a los factores psicológicos y psicopatológicos de los profesionales.

En este apartado se incluyen, el optimismo, la autoestima, los trastornos de personalidad, los trastornos afectivos y ansiosos. (19)

En segundo lugar este autor propone factores sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, presencia de una red de apoyo socio-familiar, el tipo de profesión y la historia a laboral, este último se refiere a los años de trabajo. Posteriormente el tercer apartado se refiere a factores propios de la organización laboral, como por ejemplo, turnos, horarios, rotaciones, sobrecarga laboral, equidad y justicia en el reparto de la carga laboral, estructura de los servicios, control sobre el propio trabajo, satisfacción e identificación con el equipo de trabajo y la empresa, sistemas de recompensa, estrategias de motivación y expectativas de desarrollo profesional, conflictos entre valores de la empresa y el profesional. Por último menciona factores sociales, dentro de los cuales se encuentra la valoración social de las profesiones sanitarias. (19)

Manifestaciones clínicas del síndrome de Burnout:

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento). (19)

Instrumentos utilizados en el diagnóstico del Burnout:

El Maslach Burnout Inventory (MBI).

El instrumento usado con mayor frecuencia para medir el síndrome de Burnout, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) elaborado por Maslach y Jackson, en 1981. Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado.

Casi se podría afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de "quemarse por el trabajo", pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualizan como un síndrome caracterizado por baja realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. (20)

En la actualidad existen tres versiones del MBI: a) el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en tres escalas y miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems), y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems). (20)

Y se encuentra relacionado con la primera etapa en la investigación de estas autoras, cuando se propuso que el síndrome de Burnout se daba en las personas que prestaban servicios humanos. b) El MBI-Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación. (20)

Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. c) el MBI-General Survey (MBI-GS). Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan baja eficacia profesional, agotamiento y cinismo. (20)

Los 16 ítems se valoran con una escala tipo Likert en la que los individuos puntúan con un rango de adjetivos que van de "Nunca" a "Todos los días", que se refieren a la frecuencia con que han experimentado cada una de las situaciones descritas en los ítems. Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse por el trabajo, en la subescala de eficacia profesional bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse por el trabajo. Además, esta subescala es independiente de las otras dos, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. (20)

Por ello, no se puede asumir que la eficacia profesional sea un constructo opuesto a agotamiento emocional y despersonalización. (20)

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse por el trabajo como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los individuos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los individuos por encima del percentil 66 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 33 y el 66 en la categoría "medio", y por debajo del percentil 33 en la categoría "bajo". De este modo, un individuo que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y "bajo" para eficacia profesional puede ser categorizado como un individuo con altos sentimientos de estar quemado. (20)

Leiter y Harvie en 1996, realizaron un metanálisis de estudios de Burnout publicados entre 1985 y 1995 en trabajadores de salud mental. Analizaron varios subgrupos de salud en relación a las tres subescalas del inventario de Burnout de Maslach (IBM), agotamiento emocional, despersonalización y logro personal. Recomiendan el uso de esta escala para futuras investigaciones. (20)

En castellano la escala fue validada por Gil y Peiró, 1999 en una muestra de 559 profesionales de diferentes sectores ocupacionales.

Llegan a la conclusión: *“a la luz de los resultados obtenidos y de las conclusiones ofrecidas en estudios similares, el cuestionario se puede considerar válido y fiable en la versión adaptada al castellano”*. (20)

Son los mismos Gil y Peiró (1999), quienes también critican fuertemente la escala, en palabras textuales: *“la falta de modelos teóricos sólidos que dirijan la investigación, y que relacionen el estudio del síndrome de quemarse con otros campos de estudio de la Psicología Social, se considera una de las deficiencias más relevantes para su estudio.”* Y señala en el MBI debilidades psicométricas a nivel factorial, de consistencia interna, en especial la escala de despersonalización, aunque mantiene valores alfa de Cronbach aceptados en la literatura estadística. De allí que estos investigadores desarrollen su propia escala, que será discutida en breve más adelante. (20)

A pesar de todo esto, el MBI es el instrumento utilizado con mayor frecuencia en la literatura y estudios para medir el síndrome de desgaste profesional, independientemente de las características ocupacionales de la población analizada. Razón por la cual, elegimos esta escala para nuestro realizar nuestro trabajo. (20)

Burnout Measure (BM):

Según Schaufeli et al y Martínez (2010), este es el segundo instrumento de evaluación del Burnout más utilizado en los estudios de investigación; fue elaborado por Pines y Aronson en 1988. Para estos autores el Burnout se define como un estado de agotamiento físico, mental y emocional, causado por involucrarse por largo tiempo en situaciones con situaciones laborales emocionalmente demandantes. El Burnout Measure consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Ésta expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

1. Agotamiento físico: caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.
2. Agotamiento Emocional compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout.
3. Agotamiento mental formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

Los autores presentan esta escala como un instrumento de autodiagnóstico e incluso ofrecen una interpretación del resultado de las mismas. Sin embargo, se le critica que la única dimensión que evalúan es el agotamiento emocional, dejando por fuera de definición tridimensional del Burnout. (21)

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD):

Este instrumento realizado por Gil et al (1999), está formado por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones. Basándose en que el Burnout (o Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), según los autores) consta al menos, tres componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico, y un exceso de despersonalización. (21)

Estas dimensiones (Gil, 2004) (Gil et al, 2005) (Gil et al, 2009) se denominan:

1. Ilusión por el trabajo. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.
2. Desgaste psíquico. Aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia. Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan.

4. La cuarta dimensión del CESQT se denomina Culpa, y para su inclusión en el cuestionario se tomaron como referencia estudios en los que se considera que los sentimientos de culpa son un síntoma característico de los individuos que desarrollan el SQT.

Dividen los sujetos con Burnout en dos perfiles, el primero moderado y el segundo con severo Burnout. Y de ahí los autores plantean intervenciones terapéuticas.

Ocupaciones en Riesgo: Burnout y personal de Salud

Los estudios demuestran que no todos los estamentos profesionales responden de la misma manera al estrés laboral, y que el nivel de afectación de las distintas dimensiones del síndrome de desgaste profesional o Burnout puede variar en función de la profesión. Estamento se define como *“el estrato de una sociedad definida por un estilo de vida común o una análoga función social”*. (Miret, 2010). Dado que el personal de los servicios de salud se enfrenta con clientes con situaciones de enfermedad física, mental, conflicto sociales muerte, violencia, es necesario mencionar algunas características de estos gremios que los exponen a sufrir de este síndrome. (21)

Médicos (as):

En esta época de sistemas de salud que quedan en falta y son sometidos a cambios y reestructuraciones, los médicos han encontrado que su profesión es atacada desde varios puntos, causando en muchos casos cuestionamiento sobre la elección de carrera que realizaron. La medicina atrae a idealistas que tienen un deseo genuino de ayudar a otros, y generalmente se lidia con pacientes enfermos, que sufren dolor.

La amenaza de la mal praxis está siempre latente; la amenaza de demanda genera cambios en la práctica del médico, a saber, registros más detallados, más cantidad de estudios solicitados, una actitud más negativa hacia el paciente y un modo defensivo que menoscaba la relación médico- paciente. (22)

Los avances tecnológicos y científicos que generan nuevas guías de tratamiento y obligan al profesional a estar al día y seguir el ritmo. Todo esto con un sacrificio implícito de la vida en familia en muchos casos. Estar “disponible”, que implica que siempre se tendrán casos nuevos para los que hay que diseñar un plan de tratamiento, pesadas carga de trabajo por número de pacientes, tener que lidiar con la muerte, toma de decisiones que impliquen realizar medidas heroicas versus no realizar ninguna medida y dejar que la enfermedad tome su curso. (22)

Se han realizado estudios para Burnout en varias especialidades, entre ellas, oncología y cuidados paliativos. Una población que ha sido objeto de estudio por las condiciones de estrés y trabajo a las que se ven expuesta todos los días es la de los médicos que se encuentran realizando una especialidad. Varios estudios con muestras pequeñas, no aleatorizados, han encontrado una alta incidencia de depresión, enojo y hostilidad, en médicos residentes comparados con la población general. Otros autores citados por Felton (1998) como Taylor (1987), y Butterfield (1988), indicaron que hallazgos fueron atribuidos a la privación importante de sueño y fatiga a la que se ven expuestos. Otros estudios han correlacionado errores médicos y mediciones de distrés, aquellos residentes con puntuaciones elevadas para Burnout eran doblemente propensos a reportar un error en su práctica clínica en los siguientes 3 meses. (22)

Los médicos residentes hoy en día tienen crecientes demandas, como manejo de un creciente conocimiento clínico y científico, acoplarse a las políticas y reglas de los sistemas de salud, lidiar con pacientes cada vez más enfermos, egresar pacientes ágilmente de las unidades de internamiento y adaptarse a adelantos tecnológicos, como sistemas computarizados, etc. Todos estos adelantos hacen más pesada la carga de trabajo. (22)

Ashkar et al, publicaron en 2009 un estudio donde midieron la prevalencia de Burnout en 155 médicos residentes en dos Hospitales del Líbano, mediante el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory), encontrando Burnout en los 3 dominios, pero mayor en el dominio de agotamiento emocional (67.7%). Se observó además que el sexo femenino, labora más de 80 horas semanales, experimentar mayor estrés y tener más de 8 tiempos extraordinarios o guardias al mes incrementaba las posibilidades de Burnout en al menos uno de los 3 dominios. Este estudio además aportaba un elemento importante a medir en futuros estudios, ya que fue llevado a cabo en una ciudad en vías de desarrollo como Beirute, que además de temas relacionados con bajas condiciones socioeconómicas, estaba expuesta a procesos de guerra y conflictos de índole político. (22)

Ramírez et al (1995) y Deckard (1992) reportaron una prevalencia de Burnout de 25 a 60% respectivamente en personal médico en sus respectivos estudios. Shanafelt (2002) encontró una prevalencia de Burnout del 76% en médicos residentes y que esto se asociaba con un pobre cuidado médico del paciente. Y Toral et al (2009) en un estudio llevado a cabo entre setiembre 2003 y enero 2004, encontraron un 40% de Burnout en médicos residentes estudiados en 3 hospitales de México DF, además este 40% tenía 5.5 veces más probabilidad de reportar una o más prácticas subóptimas de cuidado de salud del paciente, generalmente asociaban depresión y tenían jornadas de trabajo de más de 12 horas. (22)

Enfermeros (as):

Al igual que los médicos, los enfermeros (as), están expuestos a personas con enfermedad, y a la muerte, pero a diferencia de estos, cuyo contacto puede en la mayoría de veces ser intermitente, mantienen un contacto y cuidado continuo a lo largo de sus jornadas de 8 horas y a veces hasta de 12 horas. Este gremio siempre se ha visto expuesto a sobrecarga de trabajo, muchas veces en la forma de turnos dobles consecutivos. Los pacientes pueden ser demandantes y generalmente puede haber dificultades en la comunicación como una consecuencia del tratamiento que reciben.

Suelen haber sentimientos de falla personal e inutilidad en trabajo con paciente portadores de enfermedad neoplásica o VIH, en las que no se dan los procesos de cura. (23)

Otro rasgo particular de este gremio es que generalmente se enfrentan a cambios de servicio, rotaciones, diferentes horarios y equipos de trabajo, además se ven expuestos a los riesgos de su profesión. Lesión con agujas para colocar inyecciones, exposición a enfermedades infecciosas, administración de medicamentos que pueden ser tóxicos para su salud, como antineoplásicos, agresiones físicas por parte de los pacientes, esta última más comúnmente observada en centros psiquiátrico. (23)

El grupo de enfermería presenta un riesgo elevado para desarrollar Burnout, pues su ocupación está expuesta a una carga pesada de trabajo e interacciones con pacientes que resultan estresantes y emocionales. La relación entre las condiciones de trabajo de las enfermeras y la seguridad del paciente ha sido reconocida por Instituto de Medicina en Washington, DC, en el reporte “Keeping patients safe: transforming the work environment for nurses” (McHugh, 2011). (23)

McHugh et al (2011), realizaron un estudio con 3 propósitos, primero comparar el Burnout y el grado de satisfacción con el trabajo en enfermeras en varios escenarios intra y extrainstitucionales y roles de cuidado directo o indirecto con el paciente, segundo medir la influencia del ambiente de trabajo y las condiciones sobre el Burnout y el grado de satisfacción, y por último medir el efecto del Burnout y la satisfacción de las enfermeras sobre el grado de satisfacción del cliente. La satisfacción con el trabajo incluye aspectos como salarios, beneficios, oportunidades para avanzar, horarios, independencia y estatus profesional. (23)

Como resultado una porción sustancial de enfermeras en hospitales y hogares de cuidado como contacto directo con el paciente reportaron estar “quemadas”, insatisfechas con su trabajo y con los beneficios de su empleador.

El grupo más satisfecho y con menos incidencia de Burnout fue aquel que no brindaba una atención directa. Además se encontró que un elevado porcentaje de Burnout en enfermeras de centros hospitalarios correlacionaba con niveles bajos de satisfacción del cliente, con signos de problemas para un cuidado de cualidad. (23)

Un estudio intervencionista conducido por Hallbert en 1994 y citado por McHugh (2011), examinó la influencia de supervisión clínica de un grupo sistemático sobre experiencia en Burnout, con 11 enfermeras de cuidado pediátrico, llevando a cabo 14 sesiones de 2 horas cada una. Cada 3 semanas se analizaban las experiencias emocionales de las enfermeras con los pacientes. Aunque se reportó un aumento en la autoconfianza y cooperación de grupo, no hubo cambios en la escala MBI en la línea base, 6 meses y 12 meses tras iniciada la intervención. Como consecuencia se ha encontrado una relación entre aumento del agotamiento emocional y despersonalización y una disminución de percepción del logro personal con el abandono de la profesión a un plazo de 5 años.(23)

Trabajadores Sociales:

Los trabajadores sociales que se desempeñan en ambientes hospitalarios presentan más síntomas relacionados con el estrés del trabajo, así como aquellos que laboran con población infantil y bienestar social. (24)

En un estudio publicado en 2006 por Evans et al, se encontró que de 271 trabajadores sociales del Norte de Gales en el Reino Unido, la mayoría presentaban datos de estrés emocional e insatisfacción con el trabajo y 47% mostraron datos de distrés severo. Como factores asociados encontraron sentimientos de ser subvalorados, demanda excesiva de trabajo, y poca independencia en la toma de decisiones. (24)

Escenarios de trabajo con muchas limitaciones y restricciones, recursos limitados, poca autonomía para acarrear resultados son algunos elementos relacionados con el Burnout en trabajadores sociales. (24)

Experimentan una gran cantidad de síntomas físicos, baja autoestima abandono de actividades tanto curriculares como extracurriculares y tendencia responsabilizar a los clientes de sus problemas. La despersonalización hacia los clientes es un rasgo característico. El entusiasmo que presentan tras finalizar sus estudios se ve confrontado con la realidad de los servicios en los que son contratados ya que los casos son muy complejos y las demandas y metas de la institución no hacen justicia a los objetivos que perciben alcanzar. Pueden asociar sentimientos de desesperanza y de ser menospreciados por los esfuerzos infructuosos de ayudar a los pacientes y comienzan a cuestionar su competencia y su motivación para mantenerse en ese campo. Sobreviene la desilusión que distancia al trabajador social de los ideales transmitidos en la teoría, cayendo en una relación despersonalizada con el cliente. (24)

Profesionales de servicios oncológicos:

A pesar de múltiples intervenciones, la muerte sobreviene como un mal ineludible en esta rama de la salud. Estos profesionales de la salud deben enfrentarse a pacientes depresivos, con conocimiento de su diagnóstico y pronóstico, y que generalmente presentan un estado emocional que no les permite ser considerados, receptivos o agradecidos con la atención recibida. Dan mucho de ellos mismos y reciben poco a cambio debido al futuro que visualizan los pacientes oncológicos y debido a la evolución natural de la enfermedad neoplásica se hace muy dificultoso mantener un sentido de esperanza. Algunos estudios han intentado medir la prevalencia del Burnout en oncólogos, Penson et al (2011), encontraron una prevalencia de 56% en Estados Unidos. (24)

Personal de salud involucrado con pacientes portadores de VIH:

Es probablemente uno de los retos más difíciles que debe afrontar el personal de salud. El contacto con pacientes portadores de SIDA o VIH positivos genera temor de contagio, conductas evitativas, se asocian sentimientos de desesperanza en el personal y en los pacientes que provocan distintos grados de tensión en la relación terapéutica.

En algunos casos la actitud y el temor a la enfermedad se convierte en algo tan negativo que se cometen acciones tales como eliminar pacientes de listas de espera para atención odontológica o médica general, negativas para cirugías, o negativa a procesar muestras de estos pacientes. Maj, citado por Felton (1998) encontró un amplio rango de reacciones emocionales desde el rechazo hasta la simbiosis con el paciente portador de VIH-SIDA. (24)

Personal de Servicios de Emergencias:

Se encuentran expuestos a catástrofes físicas que asocian situaciones de alto riesgo emocional y se espera de ellos una respuesta rápida en situaciones de vida o muerte. En un estudio se observó que el estrés se manifestaba como insatisfacción, estrés organizacional y actitudes negativas con los pacientes. La aparición de comentarios sarcásticos y mórbidos sobre los casos, se dan en respuesta al estrés y como un mecanismo de defensa. En un estudio (Murphy, 1994), en paramédicos y bomberos se enlistaron las siguientes manifestaciones de Burnout: fatiga física y emocional, apatía, sentimientos de desesperanza, indefensión, culpa, inadecuación, falla, incompetencia, cinismo, desilusión, suspicacia, resignación e indiferencia. Pese a sentimientos negativos, estos profesionales continúan llevando a cabo su labor a veces de forma heroica. (24)

Los servicios de urgencias son ámbitos especialmente generadores de estrés, soportan una importante presión asistencial y altos niveles de responsabilidad; los funcionarios están sometidos a altas exigencias por parte de familiares y de pacientes, excesivas horas de trabajo, falta de descanso, situaciones de riesgo y peligrosidad, por ello estos servicios son de especial riesgo para desarrollar Burnout o síndrome de desgaste profesional. (24)

Trabajadores de Salud Mental:

Se han reportado muchos de los elementos del Burnout en trabajadores del campo de la salud mental, y parece que esta población es particularmente vulnerable al agotamiento emocional severo y al estrés psicológico. En 234 trabajadores de una institución psiquiátrica estatal, la principal estrategia de afrontamiento para escape se relacionaba con los tres ejes del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta del logro personal. La violencia a la que está expuesta el personal de instituciones psiquiátricas se ha estudiado en los últimos años, tratando de determinar las posibles causas de estas agresiones. Se han encontrado tres categorías de circunstancias antecedentes: un paciente agitado, restricciones de tipo clínico o legal y provocación por terceros (pacientes, familiares, visitantes). La despersonalización es solamente una consecuencia lógica cuando el trabajador se expone a ambientes en los que debe mantenerse en guardia para protegerse de ataques físicos o inclusive de tipo sexual, sin olvidar el costo emocional que acompaña al proceso. (24)

Entre otras profesiones, dentro del área de los servicios de salud, que podrían verse afectadas por el Burnout se encuentran, los odontólogos, terapeutas de lenguaje, terapeutas físicos, trabajadores de servicios de cuidado intensivo y terapeutas ocupacionales. (24)

Prevención y Tratamiento:

Es difícil hacer una distinción entre medidas de prevención y tratamiento. Si se toman medidas de prevención el Burnout no ocurrirá, y si el trastorno ya está establecido, las mismas medidas preventivas pueden usarse como terapéutica. El mayor aporte de las estrategias de prevención para Burnout, es el aumento de control del trabajo individual y la autonomía que genera día con día. (25)

Los altos costes personales, sociales y organizacionales generados por el estrés laboral y el desgaste profesional, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud insistan en la importancia de la prevención e intervención en el ámbito laboral, Sin embargo la mayoría de intervenciones implementadas han sido a nivel individual. Pero al parecer las distintas organizaciones empiezan a tomar conciencia de la necesidad de implementar programas tanto de prevención como de intervención. Entre los principales procedimientos incluidos a nivel organizacional se destacan el rediseño de tareas, la clarificación de procesos de toma de decisiones, mejora en la supervisión, establecimiento de objetivos y procedimientos específicos y delimitados para cada uno de los roles profesionales, líneas claras de autoridad, mejora de las vías de comunicación dentro de la organización, mejora de las condiciones físicas y ergonómicas del trabajo. (25)

Mejora de incentivos y recompensas, ajuste de la promoción de profesionales siguiendo criterios claros, objetivos y equitativos, mejoras en los niveles de autonomía y responsabilidad del empleado, flexibilidad, laboral y políticas de conciliación. (25)

Weber y Jaekel (2000), introduce el concepto de niveles de prevención y agrupa los abordajes preventivos en 2 grupos: modificaciones en el ambiente de trabajo (modificación de circunstancias) y mejoramiento en las habilidades de acoplamiento del individuo ante el estrés (medidas de prevención conductuales). Según la Organización Mundial de la salud la prevención puede dividirse en Primaria (evitación o eliminación de factores de riesgo), Secundaria (detección intervención temprana de la enfermedad manifiesta) y Terciaria (estrategias de acoplamiento de las consecuencias de la enfermedad, rehabilitación y prevención de recaídas). (25)

Reuniones:

Las reuniones de discusión de los equipos de trabajo permiten aumentar y mejorar la comunicación entre sus miembros. Cuando ha sucedido un evento traumático, estas reuniones permiten la liberación de sentimientos, de molestias, permiten además el intercambio de ideas que ayuden a la elaboración del evento y previenen la manifestación de reacciones persistentes de culpa, inadecuación o ineficiencia. Esta práctica también puede llevarse a cabo cuando se obtienen resultados negativos en el trabajo. Estas reuniones deben caracterizarse por un ambiente permisivo para la expresión de ideas, quejas, sugerencias o preguntas. Es fundamental que también promuevan un intercambio de ideas que ayude a la toma de decisiones, y que no sea una situación meramente informativa de las decisiones que los coordinadores tomaron. Si se aportan ideas como posible fuente de solución de los problemas actuales, los coordinadores o superiores deberían tomar acciones inmediatas de forma que los participantes perciban que se da un seguimiento a las ideas aportadas. (25)

Trabajo en equipo:

Otro aspecto importante es el trabajo en equipo, que permite que el trabajo sea rediseñado, de forma que se asignen nuevos deberes, se roten las funciones y aumente o disminuya la responsabilidad, refrescando cada día las tareas a realizar. Este se diferencia del trabajo en grupo en que el primero se organiza en torno a un objetivo común; los miembros de un equipo son los más conocedores y cercanos a los componentes prácticos del trabajo. (25)

Visitas de supervisores y coordinadores:

Las visitas de los coordinadores o supervisores de los equipos también son una estrategia de prevención, permite al trabajador tener una sensación de que su trabajo es significativo para el servicio y permite aclarar dudas y brindar explicaciones sobre las funciones de los diferentes miembros o del grupo en general, no solo monitorea la calidad del trabajo, sino que refuerza un ambiente de confianza e intercambio. (25)

Aspectos relacionados con el trabajo:

La introducción de horarios de trabajo flexibles, que permitan a los trabajadores acomodarse con las labores domésticas, el cuidado y atención de la familia y el cuidado personal. (25)

Procesos de toma de decisiones:

Los procesos de toma de decisiones se pueden estructurar de manera que el trabajador conozca el modus operandi y pueda realizar preguntas o sugerencias. Es más importante que se exprese una opinión, que simplemente se tome una decisión, esto a su vez equipara las responsabilidades, y le brinda al trabajador una sensación de apoyo y respaldo, que no tendría si estuviera tomando una decisión por su propia cuenta. Los miembros de un equipo de trabajo deben obtener un crecimiento tanto personal al desempeñar sus labores, como profesional, y la institución debe ser facilitadora para que ambos procesos sean llevados a cabo simultáneamente (el trabajo y el crecimiento personal). (25)

Entrenamiento e información:

Los empleados nuevos que inician apenas en una posición, deben recibir total explicación tanto de sus funciones como de todo lo concerniente al ambiente de trabajo, sus expectativas deben ser evaluadas y las dudas ampliamente aclaradas, esto fortalece el compromiso con la labor a desempeñar y la sensación de seguridad y motivación en el trabajo. Es fundamental que los supervisores fomenten la enseñanza, la investigación y la participación en actividades académicas que mejoren la preparación del empleado, así como hacerles llegar literatura y material escrito. (25)

También cabe mencionar en este apartado, la enseñanza de estrategias individuales orientadas al manejo del estrés o el aprendizaje de técnicas de relajación para manejar el agotamiento y desgaste psíquico que generan situaciones de estrés tanto agudo como crónico. El ejercicio físico reduce de forma significativa los niveles de ansiedad. (25)

Y propiamente en materia de prevención individual del Burnout, se recomienda entrenamiento en resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo, y adopción de estilos de vida saludable que faciliten el distanciamiento del trabajo en horario extra-laboral. (25)

Programas de asistencia al trabajador:

Al ser los ambientes de trabajo en ocasiones fuente de estrés y de tensión, donde además se agregan los eventos personales estresantes sin resolver, es fundamental la existencia de un programa de asistencia al trabajador. Cuando el estrés laboral y/o personal lleva a un trabajador a presentar problemas con su salud física de forma constante, que le impide desempeñarse adecuadamente y promueve el ausentismo, es importante que haya algún abordaje. (25)

Freehill citado por Felton (1998), señaló que los trabajadores de servicios de salud, sobre todo el personal médico de servicios de urgencias son los menos proclives a buscar ayuda profesional en caso de malestar físico y mucho menos si el malestar es de índole emocional. Estos programas de asistencia a los trabajadores nacieron como una alternativa para abordar problemas de alcoholismo detectados en trabajadores y brindaban un apoyo y consejería, y generalmente eran dirigidos por alcohólicos rehabilitados. En la década de 1970, estos programas de control del alcoholismo fueron remplazados por programas de asistencia a empleados con problemas de índole psicológico, marital, familiar o legal. Estos programas podían encontrarse dentro de una empresa o institución o inclusive ser de carácter comunal. Poco a poco se fueron incorporando psicólogos al programa para brindar consejería. Según Dubreil (1983), si se detectaba un trabajador con Burnout este era referido al programa donde obtenía algún tipo de consejería. Era fundamental tener un motivo de referencia claro, por ejemplo, disfunción laboral, desinterés hacia los clientes u obtención de resultados negativos de forma frecuente. (25)

Formación de grupo de intervención:

Si se identifica que un número mayor de trabajadores están viéndose afectados por consecuencias del estrés, sería pertinente la formación de un grupo de control y manejo del estrés. Según Felton (1998), en estos grupos se utiliza el método Balint, que crea un foro de simpatía y aceptación para discutir aspectos sobre la relación trabajador-cliente y las dificultades que pueden aflorar en determinados momentos. Se exploran los estados emocionales de los trabajadores en la relación con el cliente, hasta donde estos afectan la relación médico- paciente. (25)

Cambios en el ambiente de trabajo:

Hay cambios que se pueden realizar a nivel del ambiente de trabajo, de forma que este sea “salutogénico” (Heerwagen, 1995). Características como la falta de control sobre el ambiente, distracciones, falta de privacidad, multitudes, exceso de ruido, falta de higiene, falta de iluminación y ventilación, aumentan el estrés en el trabajo. En contraposición, paisajes atractivos, que ofrezcan decoración agradable a la vista, contacto con la luz natural, áreas estéticas, espacios para relajación, etc., generan una atmósfera de confort tanto para el trabajador como para el cliente. (25)

Otras medidas que favorecen el ambiente de trabajo incluyen el ofrecimiento de seguros de salud que ofrezcan programas de atención en salud mental, abuso de sustancias; programas de acondicionamiento físico, nutrición; programas de inducción y orientación a los nuevos empleados para que tenga una mejor comprensión de la filosofía de la institución que los está contratando, su perfil, y no perciban ambigüedad de roles; el desarrollo de políticas en torno a la familia de forma que si hay conflictos entre el hogar y el empleo, estos sean resueltos; eventos recreativos que incluyan a los trabajadores y a la familia; y por último el estímulo de actividades de tiempo libre como ejercicios, natación, deportes, etc. (25)

Percepción de apoyo social:

Es crucial para el individuo, las relaciones interpersonales con compañeros y clientes adquieren una especial relevancia para la propia identidad como personas y para el equilibrio físico y mental. A través del apoyo social las personas obtienen información, nuevas habilidades (o mejoran las que ya poseen), obtienen refuerzo social, apoyo emocional y retroalimentación sobre el nivel de ejecución de la tarea. Los programas de prevención e intervención que incluyan este tipo de apoyo permitirán una mejora casi inmediata de los climas laborales. (25)

Calidad de relaciones interpersonales en el trabajo:

Entre las estrategias para mejorar este aspecto se encuentran, la creación de grupos de apoyo, grupos de trabajo, entrenamiento en habilidades sociales y en manejo de situaciones conflictivas, habilidades para la comunicación, etc. (25)

La consejería vocacional temprana:

Es otro abordaje de tipo preventivo, ya que ayuda a medir las demandas físicas y psicológicas de un potencial prestador de servicios de salud. Es claro que un trabajador que no se siente identificado con la labor que desempeña tendrá un menor rendimiento y puede sufrir más fácilmente las consecuencias del estrés. Esto sin embargo es controversial, pues según algunos autores (Penson, 2000), entre menos fuerte sea la relación del trabajador y el compromiso con el cliente y con el trabajo, menor serán las posibilidades de sufrir de Burnout. Cabe destacar que líneas actuales de manejo del estrés y del desgaste profesional, se orientan al uso de nuevas tecnologías, para elevar índices de penetración en el mercado laboral y de adhesión de los participantes. (25)

Otras terapias:

Rodríguez, 2011, cita a varios autores que apoyan terapias basadas en la aceptación y el contacto con el momento presente, tal es el caso de la Terapia de Aceptación y compromiso o conciencia plena, ya que han acumulado evidencia a favor de prevención y reducción del estrés y otros efectos negativos del ámbito laboral (Bond et al, 2010, citado por Rodríguez, 2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), pretende aumentar la flexibilidad psicológica del individuo, esta se define como “estar en contacto con el momento presente, como un ser humano consiente y en base a lo que la situación ofrece, de acuerdos con los valores elegidos. Esta terapia trabaja seis componentes: aceptación, difusión cognitiva, contacto con el momento presente, el yo como contexto, el esclarecimiento de los valores del individuo y la acción comprometida. (25)

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Aleman-Nicaraguense del municipio de Managua.

Periodo de estudio:

Marzo-Octubre del año 2016.

Población de estudio:

Los 4 Médicos generales del servicio de emergencias y 20 residentes de último año de las especialidades de Medicina Interna, cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría del Hospital Aleman-Nicaraguense.

Muestreo:

No se empleó técnica de muestreo, puesto que la población está conformada por el universo, es decir por el total de médicos que se encuentran laborando en los servicios de atención directa a pacientes durante el período de recolección de datos en el Hospital Aleman-Nicaraguense en los servicios de Medicina Interna, cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría.

Fuente y forma de recolección de datos:

Primaria:

Encuesta a los 4 Médicos generales del servicio de Emergencias y los 20 residentes de último año de las especialidades de Medicina Interna, cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría del Hospital Aleman-Nicaraguense.

Procedimiento de recolección de datos:

En cuanto a la metodología de recolección de datos, la investigadora se desplazó por cada uno de los servicios del Hospital mencionados anteriormente, en cada uno de los turnos de trabajo se les entregó personalmente el instrumento de recolección de datos, se les explicó que la información recaudada es estrictamente confidencial y que los resultados no lesionaran aspectos íntimos o privados de los estudiados y que su interés es exclusivamente académico y ningún dato personal saldrá a luz pública, luego de acceder voluntariamente a la participación se firmó el consentimiento informado.

Se utilizó dos instrumentos de recolección de datos, el primero de ellos un cuestionario de datos sociodemográficos (ver anexo 1), y el Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) (ver anexo2), en su versión validada en español.

Además se le entregó a cada persona antes de la participación un Formulario de Consentimiento Informado (FCI) diseñado por la investigadora.

El primer cuestionario consistió en un instrumento diseñado por la investigadora para la recopilación de datos personales y laborales (ver anexo). El segundo cuestionario (MBI-HSS), se trató de la escala más utilizada para estudiar el síndrome de Burnout a nivel mundial, según Millán (2009), se ha utilizado en aproximadamente el 90% de todos los estudios realizados para el 2008. Se utilizó la versión que se emplea en personal de salud, esto porque hay otras versiones de la escala para otras áreas de trabajo, como la educación. Este cuestionario está conformado por 22 ítems de selección única, que utilizan una escala de Likert. Esta escala a su vez está conformada por 3 subescalas, con cada uno de los ítems asignados a una de ellas, siendo los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 de la subescala Agotamiento Emocional, los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 correspondientes a la subescala de Despersonalización, y los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 correspondientes a la subescala de Realización Personal.

El total obtenido en la suma de estos ítems de cada una de las subescalas corresponde a un puntaje que permite determinar si hay un nivel bajo, intermedio o alta para cada subescala; lo anterior porque tradicionalmente los estudios hablan de que el diagnóstico de Burnout se hace cuando se obtienen puntajes altos en las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos en la subescala de Realización Personal, tal y como lo menciono en la parte teórica de este trabajo. Es importante recalcar que en los diferentes estudios consultados antes de realizar esta investigación hay diferencias en los puntos de corte para determinar qué es una puntuación baja, intermedia o alta de cada subescala. Incluso algunos estudios no parten de puntos de corte teórico, sino establecen sus propios puntos de corte.

En el caso de este estudio la investigadora estableció los puntos de corte según los datos obtenidos, basándose en lo estipulado por Maslach (1996), en cuanto a que por debajo del percentil 33 se habla de un nivel bajo, entre los percentil 33 y 66 se habla de un nivel medio y por encima del percentil 66 se habla de un nivel alto, esto para cada subescala.

En el caso del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), tendrá otro aspecto fundamental es que ninguno de los instrumentos de recolección de datos contiene algún apartado que identifique al participante, esto para garantizar la confidencialidad de la información aportada.

Consideraciones éticas:

En toda investigación con seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficio calculado, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, se debe obtener entonces, preferiblemente por escrito el consentimiento informado y voluntario de la persona.

Procesamiento y análisis:

Se realizó una base de datos procedente del instrumento por medio del programa SSPS-20 y la información se procesará por frecuencia simple y tablas, finalmente se elaboraran gráficos para su análisis.

Operacionalizacion de las variables

No.	Variable	Concepto.	Valor.
I.	Características Sociodemográficas		
1	Edad	Grupo etario en años de los médicos	
2	Sexo	Genero de los médicos	Masculino Femenino
3	Padece de Diabetes Mellitus tipo 2	Enfermedad metabólica que se considera factor de riesgo cardiovascular independiente	SI No
4	Padece de alguna enfermedad cardiovascular	Si tiene otras enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, cardiopatía, neumopatía.	SI No
5	Estado civil	Soltero: persona que no está unido legalmente a otro. Casado: Convivencia permanente con un compañero con formalización legal. Divorciado: Desunión permanente de una pareja. Viudo: Persona que su pareja falleció.	Soltera. Casada. Divorciado. Viudo.
6	# de hijos	Cantidad de hijos.	
7	Tiempo ejerciendo la carrera	Años ejerciendo la carrera después de graduarse.	

8	Donde labora	En qué área del hospital trabaja	M. Interna Cirugía Pediatria Ginecología Emergencia
9	Actividad privada	Si labora en otro lugar fuera del hospital.	Si No
10	# de horas que trabaja	Cuántas horas trabaja en total en una semana	
11	Calificación del ambiente laboral	Calificar el ambiente laboral donde se desempeña en una escala numérica.	0-10
12	Estrés laboral	Si el trabajo que ejerce le causa algún grado de estrés o ansiedad	Poco Regular Mucho
13	Reconocimiento laboral	Si considera que se le reconoce su trabajo mediante estímulos	Si No
14	Desempeño laboral	Como considera su desempeño laboral	Bueno Regular Malo Muy malo
15	Pérdida del control	Situaciones en las que siente que pierde el control	Exceso de pacientes Falta de material Falta de apoyo del equipo de trabajo
16	Conflicto laboral	Si considera que tiene conflictos interpersonales en su trabajo	Si No
17	Jornada extraordinaria	Jornadas extraordinarias que trabaja en un mes	Ninguna 1-4 5-10 Más de 10

II.	Test Maslach		
1	Agotamiento emocional	<p>Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.</p> <p>Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.</p> <p>Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.</p> <p>Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.</p> <p>Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales</p> <p>Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.</p> <p>Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.</p> <p>Siento que mi trabajo me está desgastando.</p> <p>Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.</p>	<p>0 Nunca.</p> <p>1 Pocas veces al año o menos.</p> <p>2 Una vez al mes o menos.</p> <p>3 Pocas veces al mes.</p> <p>4 Una vez a la semana.</p> <p>5 Pocas veces a la semana.</p> <p>6 Todos los días.</p>
2	Despersonalización	<p>Siento que me he hecho más duro con la gente.</p> <p>Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.</p> <p>Me siento con mucha energía en mi trabajo.</p> <p>Me siento frustrado por mi trabajo.</p> <p>Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.</p>	<p>0 Nunca.</p> <p>1 Pocas veces al año o menos.</p> <p>2 Una vez al mes o menos.</p> <p>3 Pocas veces al mes.</p> <p>4 Una vez a la semana.</p> <p>5 Pocas veces a la semana.</p> <p>6 Todos los días.</p>

3	Realización personal	<p>Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.</p> <p>Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.</p> <p>Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.</p> <p>Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.</p> <p>Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.</p> <p>Me siento como si estuvieran al límite de mis posibilidades.</p> <p>Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.</p> <p>Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.</p>	<p>0 Nunca.</p> <p>1 Pocas veces al año o menos.</p> <p>2 Una vez al mes o menos.</p> <p>3 Pocas veces al mes.</p> <p>4 Una vez a la semana.</p> <p>5 Pocas veces a la semana.</p> <p>6 Todos los días.</p>
----------	-----------------------------	---	---

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el fin de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos generales y residentes de último año del hospital Aleman-Nicaraguense, en el municipio de Managua. Al analizar las características sociodemográficas se encontró que en el grupo de estudio la edad más frecuente fue de 25-35 años con un 87.2%, conformados en un 58.3% por personas del sexo femenino, el 75% no tiene hijos y un 50% de los miembros están solteros, ningún miembro de la población tiene Diabetes Mellitus tipo 2 o alguna otra enfermedad cardiovascular asociada, y con respecto a los años ejerciendo la profesión un 29.2% tiene un año (Ver Tabla 1).

Variables	Nº	%
Sexo		
Femenino	14	58.3
Masculino	10	41.7
Grupo de Edad		
25-35	21	87.4
36-55	3	12.6
Estado Civil		
Casado	7	29.2
Soltero	12	50.0
Unión libre	5	20.8
# de hijos		
ninguno	18	75
1-2	5	20.8
Más de 2	1	4.2
Diabetes Mellitus		
Si	0	0
no	24	100
Enfermedad CV		
Si	0	0
no	24	100
Años ejerciendo		
1-4	17	70.8
5 o mas	6	25.2
Total de Pacientes	24	100

Tabla 1 - Características Sociodemográficas de los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

De los encuestados un 29.2% pertenece al servicio de cirugía, seguido con un 25% al servicio de Gineco-obstetricia. (Ver grafico 1)

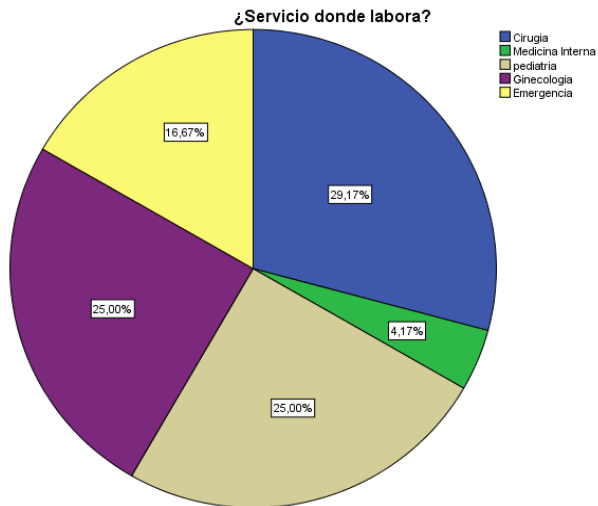


Figura 1 – Servicio donde laboran los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

Un 91.7% de los participantes afirmaron que no tienen actividad laboral privada. (Ver grafico 2)

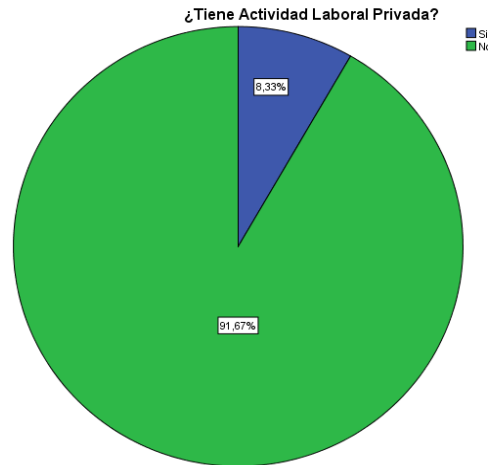


Figura 2 – actividad laboral privada de los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

Afirmaron trabajar 10 horas extraordinarias por semana un 12.5% de nuestra población. (Ver grafico 3)

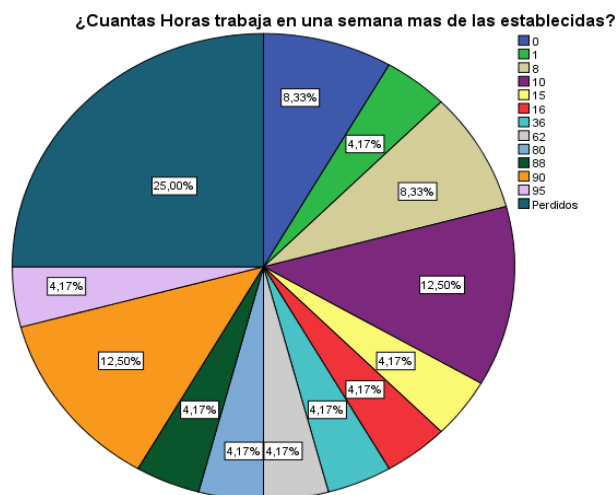


Figura 3 – Horas extras que trabajan en 1 semana los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

En una escala del 1 al 10 calificaron su ambiente laboral con 8 puntos un 37.5% de la población. (Ver grafico 4)

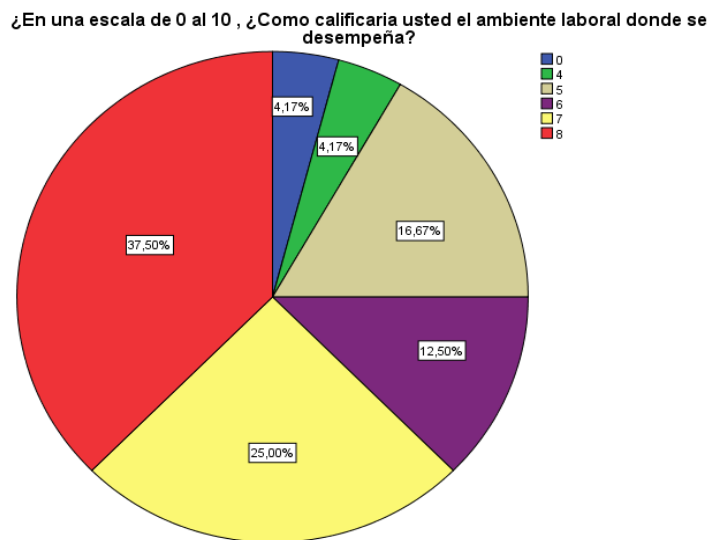


Figura 4 –Como califican su ambiente laboral los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 54.2% de la población expreso que la residencia o el ejercicio de la medicina les causa mucho estrés. (Ver grafico 5)

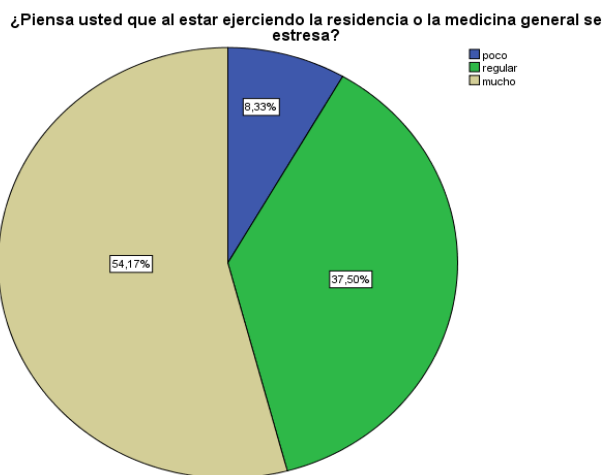


Figura 5 –Nivel de estrés en los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

En un 87.5% de los casos sienten que no se les reconoce su trabajo. (Ver grafico 6)



Figura 6 –Reconocimiento en el trabajo de los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

Un 54.2% de los miembros considera que su desempeño en el trabajo es regular. (Ver grafico 7)

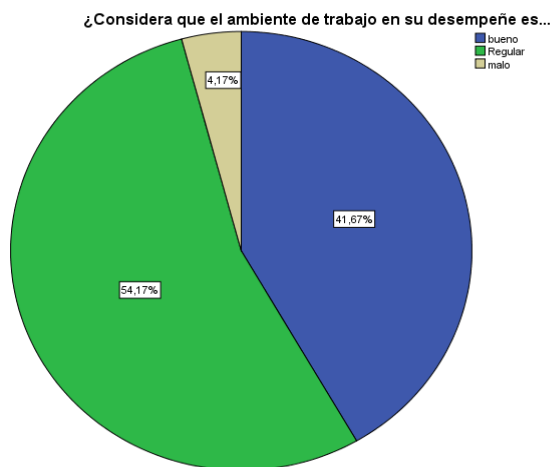


Figura 7 –Desempeño laboral de los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 58.3% de los médicos expresaron perder el control por exceso de pacientes. (Ver grafico 8)

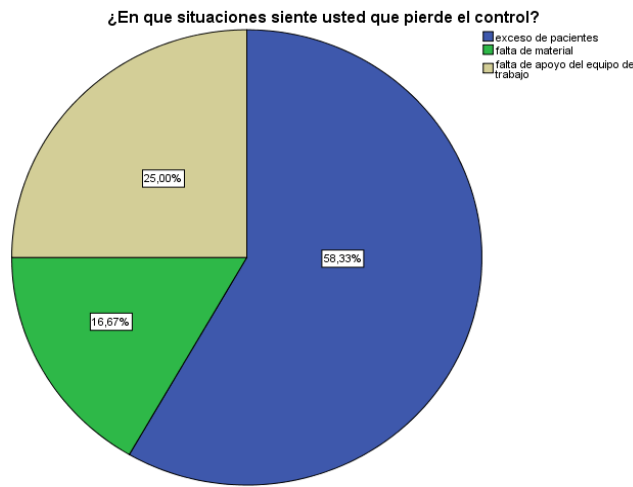


Figura 8 – Causa más frecuente de pérdida del control de los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

Un 87.5% de la población afirmaron no tener conflictos interpersonales. (Ver grafico 9)

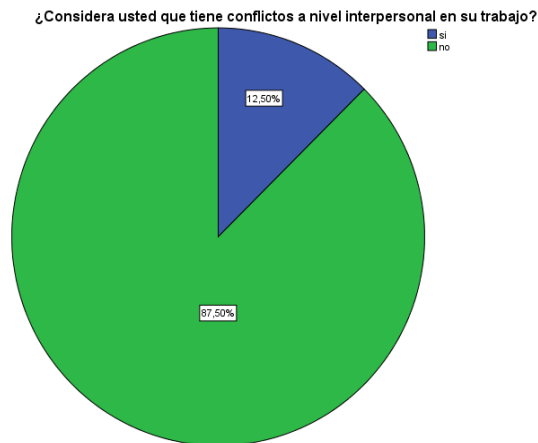


Figura 9 –Conflictos interpersonales en los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

Un total de 70.8% refieren trabajar 1-4 jornadas extraordinarias por mes. (Ver grafico 10)

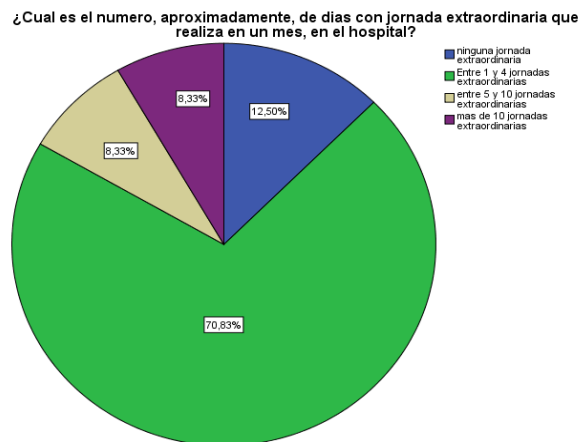


Figura 10 –Días con jornada extraordinaria en un mes en los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-October 2016.

Con respecto a la aplicación del test de Maslach en el grupo de estudios se obtuvieron los siguientes resultados, un 50% refirieron sentirse emocionalmente defraudados pocas veces al año o menos. (Ver grafico 11)

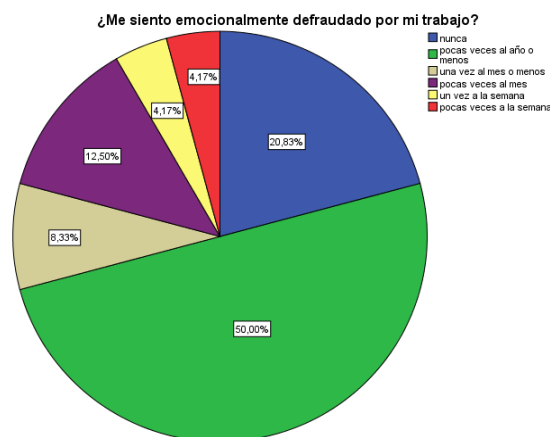


Figura 11 –Frecuencia con que se sienten defraudados en el trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-October 2016.

Un 37.5% se sienten agotados al terminar su jornada de trabajo pocas veces al mes. (Ver grafico 12)

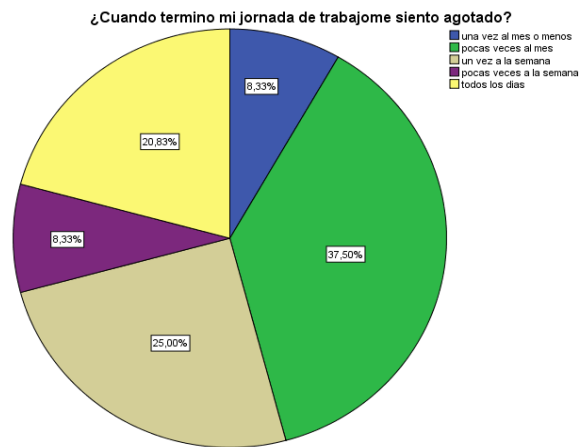


Figura 12 –Frecuencia con que terminan agotados en el trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 50% de los encuestados afirmaron que pocas veces al mes cuando se levantan por la mañana y se enfrentan a otra jornada de trabajo se sienten fatigados. (Ver grafico 13)

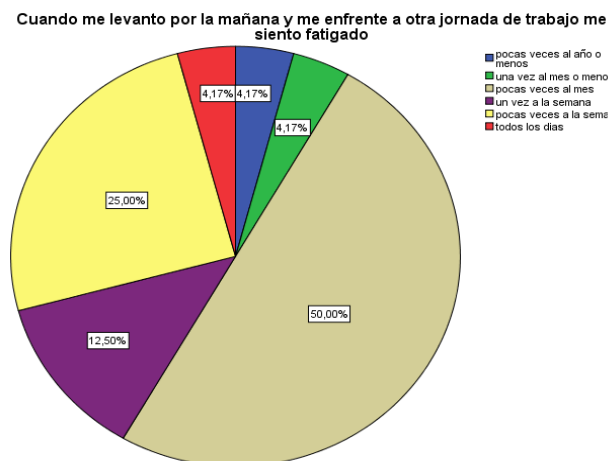


Figura 13 –Frecuencia con que se levantan por la mañana al iniciar otra jornada laboral fatigados los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 58.3% afirmaron que todos los días sienten que pueden entender fácilmente a las personas que tienen que atender. (Ver grafico 14)

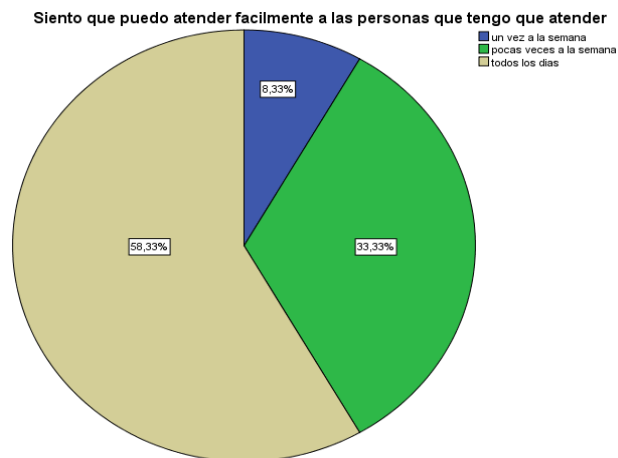


Figura 14 –Frecuencia con que entienden fácilmente a las personas que atienden los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

En el 62.5% de los casos refieren que nunca han sentido que están tratando algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales. (Ver grafico 15)

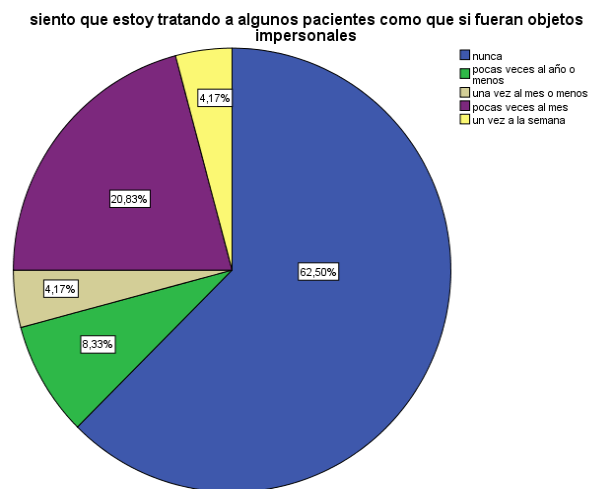


Figura 15 –Frecuencia con que tratan algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 33.3% afirmaron que pocas veces al mes se sienten cansados de trabajar todo el día con la gente. (Ver tabla 2)

Tabla 2 – Frecuencia con que se cansan al trabajar todo el día con la gente los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

Variables	Nº	%
Pocas veces al año o menos	4	16.7
1 vez al mes o menos	2	8.3
Pocas veces al mes	8	33.3
1 vez a la semana	6	25.0
Pocas veces a la semana	3	12.5
Todos los días	1	4.2
Total	24	100

El 70.83% de los profesionales consideran que todos los días tratan con mucha efectividad los problemas de las personas a las que atienden. (Ver grafico 16)



Figura 16 –Frecuencia con que tratan con efectividad los problemas de las personas a las que atienden los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 29.7% de los profesionales pocas veces al mes sienten que el trabajo los desgasta. (Ver tabla 3)

Tabla 3 – Frecuencia con que sienten los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense que el trabajo los desgasta.

Variables	Nº	%
Pocas veces al año o menos	4	16.7
1 vez al mes o menos	1	4.2
Pocas veces al mes	7	29.2
1 vez a la semana	6	25.0
Pocas veces a la semana	4	16.7
Todos los días	2	8.3
Total	24	100

En el 66.7% de los casos consideran influir positivamente en las vidas de las personas a través de su trabajo. (Ver grafico 17)

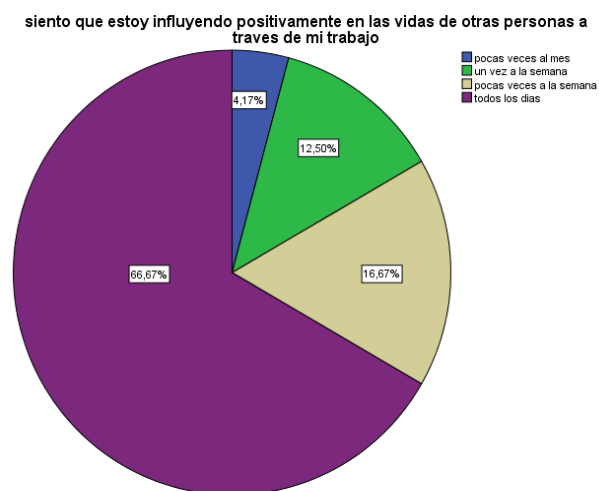


Figura 17 –Frecuencia con que consideran influir positivamente en las vidas de otras personas a través de su trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016.

El 62.5% refieren que nunca han sentido que se han hecho más duro con la gente. (Ver tabla 4)

Tabla 4 – Frecuencia con que sienten que se han hecho más duro con la gente los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

Variables	Nº	%
Nunca	15	62.7
Pocas veces al año o menos	1	4.2
Pocas veces al mes	2	8.3
1 vez a la semana	1	4.2
Pocas veces a la semana	4	16.7
Todos los días	1	4.2
Total	24	100

El 58.33% nunca se han preocupado de que el trabajo lo esté endureciendo emocionalmente. (Ver grafico 18)



Figura 18 –Frecuencia con que se preocupan los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense de que el trabajo los este endureciendo emocionalmente.

El 62.5% de los médicos pocas veces a la semana se sienten con mucha energía en el trabajo. (Ver tabla 5)

Tabla 5 – Frecuencia con que sienten con mucha energía en el trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

Variables	Nº	%
Pocas veces al mes	3	12.5
1 vez a la semana	3	12.5
Pocas veces a la semana	15	62.5
Todos los días	3	12.5
Total	24	100

El 41.67% pocas veces al mes se sienten frustrados en su trabajo. (Ver grafico 19)



Figura 19 –Frecuencia con que se sienten frustrados los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El 29.2% pocas veces al mes sienten que pasan demasiado tiempo en su trabajo. (Ver tabla 6)

Tabla 6 – Frecuencia con que sienten que pasan demasiado tiempo en el trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

Variables	Nº	%
Pocas veces al año o menos 1 vez al mes o menos	2	8.3
Pocas veces al mes	4	16.7
1 vez a la semana	7	29.2
Todos los días	5	20.8
	6	25.0
Total	24	100

El 91.67% nunca han sentido que no les importa lo que les ocurra a las personas que atienden profesionalmente. (Ver grafico 20)

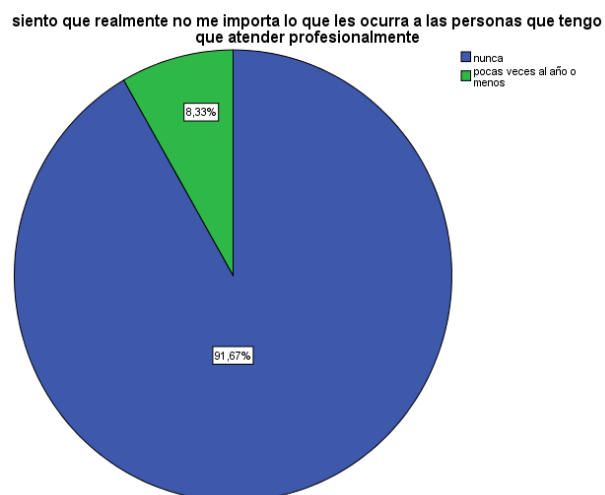


Figura 20 –Frecuencia con que sienten que no les importa lo que les ocurra a las personas que atienden los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El 29.17% pocas veces al año o menos refieren sentir que trabajar en contacto directo con la gente los cansa. (Ver grafico 21)



Figura 21 –Frecuencia con que sienten los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense que trabajar en contacto directo con la gente los cansa.

El 37.50% sienten que pocas veces a la semana pueden crear con facilidad un clima agradable en su trabajo. (Ver grafico 22)

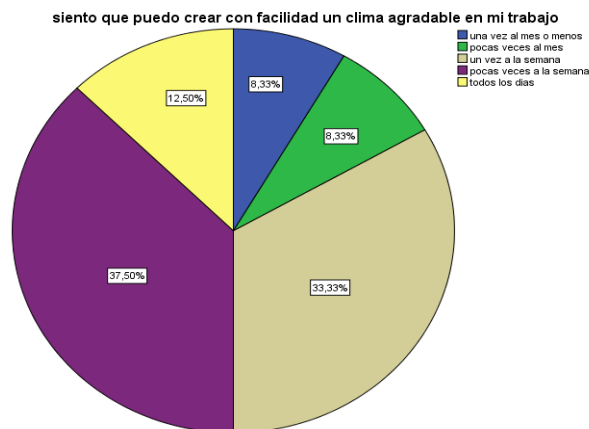


Figura 22 –Frecuencia con que sienten que pueden crear con facilidad un clima agradable en el trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El 45.83% todos los días refieren sentirse estimulados después de haber trabajado íntimamente con quienes tienen que atender. (Ver grafico 23)

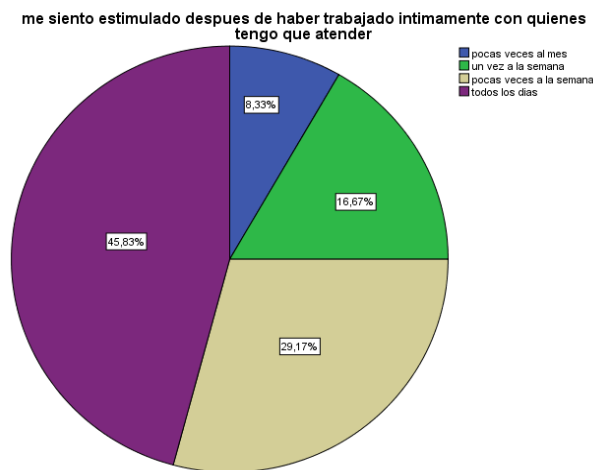


Figura 23 –Frecuencia con que se sienten estimulados los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense después de atender a los pacientes.

El 33.33% una vez a la semana y pocas veces a la semana respectivamente creen que consiguen muchas cosas valiosas en su trabajo. (Ver grafico 24)

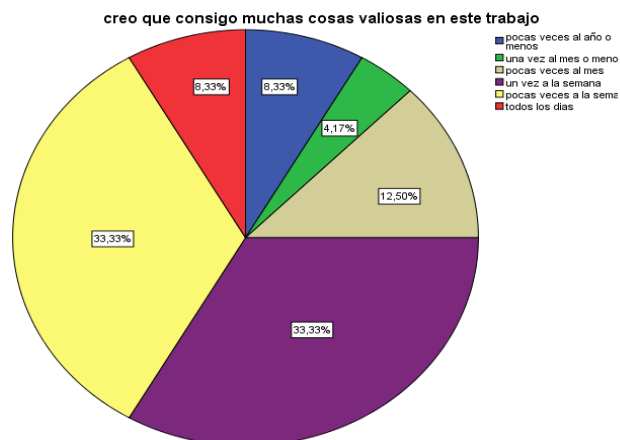


Figura 24 –Frecuencia con que consiguen muchas cosas valiosas en el trabajo los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El 25% una vez y pocas veces al mes se sienten como si estuvieran al límite de sus posibilidades. (Ver grafico 25)



Figura 25 –Frecuencia con que sienten que están al límite de sus posibilidades los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El 45.8% pocas veces al mes sienten que en su trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada. (Ver grafico 26)

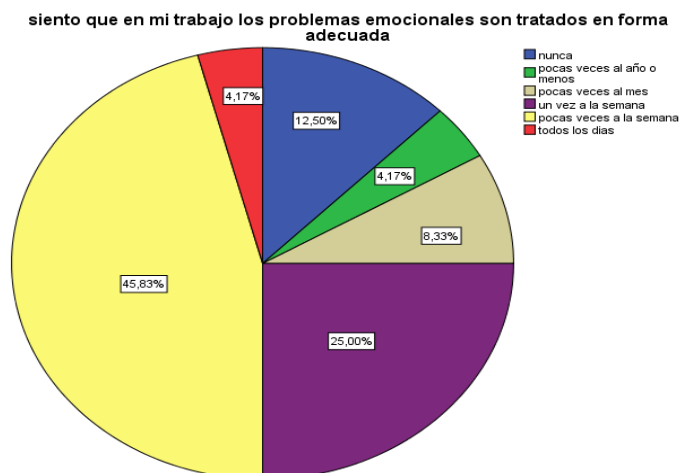


Figura 26 –Frecuencia con que sienten que los problemas son tratados de forma adecuada los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El 45.83% pocas veces al año les parece que los beneficiarios de su trabajo los culpan de algunos de sus problemas. (Ver grafico 27)

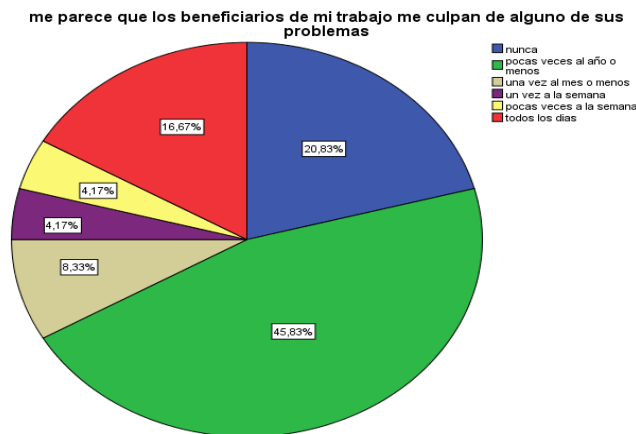


Figura 27 –Frecuencia con que sienten los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense que los beneficiarios los culpan de sus problemas.

El 87.5% de los médicos estudiados tienen un nivel alto de realización profesional. (Ver grafico 28)

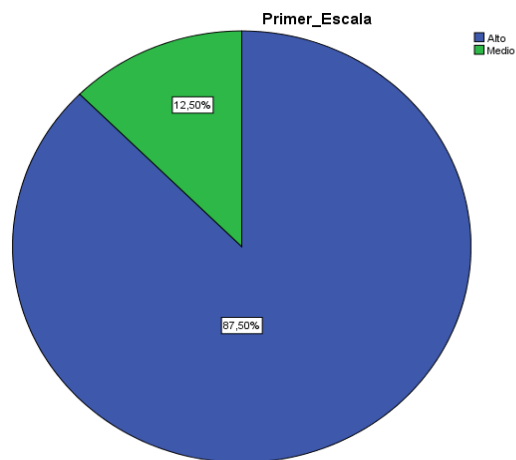


Figura 28 –Nivel de realización profesional de los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

En el 62.5% de los casos se encontró un nivel medio de agotamiento emocional en los profesionales de la salud. (Ver grafico 29)

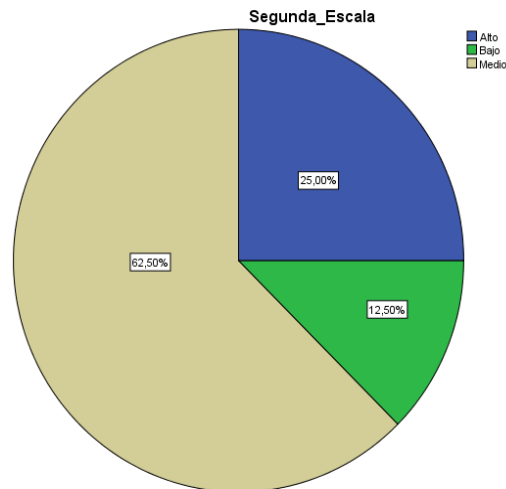


Figura 29 –Nivel de agotamiento emocional en los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

En el 87.5% de los casos se encontró un nivel alto de despersonalización en los profesionales de la salud. (Ver grafico 29)

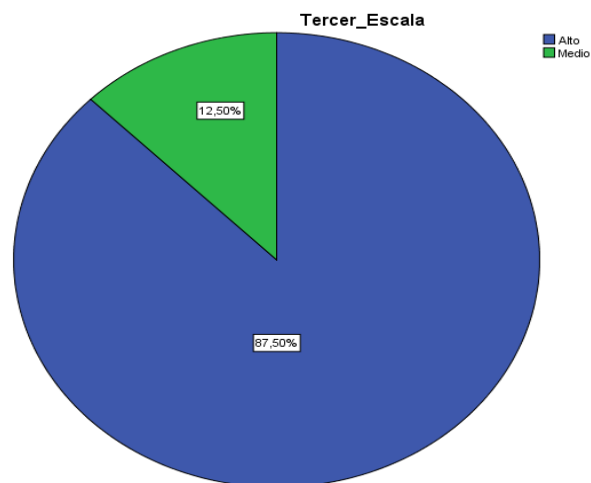


Figura 30 –Nivel de despersonalización en los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

El síndrome de Burnout tiene una prevalencia del 25% en la población en estudio. (Ver grafico 31)

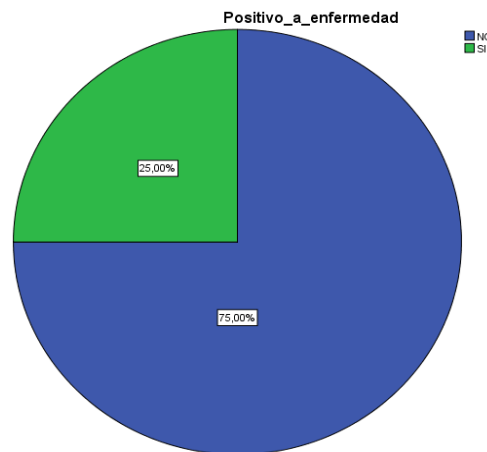


Figura 31 –Prevalencia del síndrome de Burnout en los Médicos Generales y Residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense.

Discusión

El propósito fundamental del presente estudio fue explorar las variables a partir de la información que se recogió del instrumento de recolección de datos. Esta información proporciona una visión global acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores asociados en médicos generales y residentes de último año, también aporta datos descriptivos acerca de las características sociodemográficas, enfermedades cardiovasculares asociadas, años ejerciendo la profesión y actividad laboral privada.

La edad más frecuente de las personas con síndrome de Burnout fue de 25-35 años, este hallazgo es similar a varios estudios nacionales e internacionales que muestran que la población más afectada por este síndrome es entre 25-40 años, por tanto se puede afirmar que la prevalencia del síndrome de Burnout se da generalmente en los adultos jóvenes.

El estudio publicado por Stordeur et al (1999); realizado en la Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine en Bélgica, en el cual 625 enfermeras fueron evaluadas mediante el Inventario para Burnout de Maslach (IBM), obteniendo que el 24.3% de ellas presentaban un índice moderado de Burnout, lo cual se correlaciona con este estudio donde se presentó una prevalencia del síndrome de Burnout del 25% de la población.

En el estudio al personal de salud, Quiroz y Saco, en el 2000 realizado en el Hospital Nacional Sur Este del Cusco, con una muestra de 64 médicos y 73 enfermeras se determinó la prevalencia del síndrome del Burnout, utilizando la escala IBM donde se evidencio baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y tener otros trabajos fuera del hospital. Contrario a la situación laboral de la población de estudio quienes no contaban con actividad privada laboral.

Penson et al (2011) un estudio con una muestra de 660 médicos oncólogos, de los cuales el 56% se encontraba “quemado”, más de la mitad tenía sensación de fracaso y frustración y cerca de un tercio de ellos estaba deprimido. Un 20% tenía pérdida de interés en la práctica y el 18% se reportó “totalmente aburrido”. La mitad de todos ellos respondieron que este el “estar quemado” era inherente al trabajo que realizaban y el 85% reportó que esto estaba afectando su vida personal y social, contrario a lo encontrado en este estudio donde el 62.5% de los médicos refieren que nunca han sentido que se han hecho más duro con la gente al ejercer la medicina.

Oehler y Davidson (1992), en su estudio prospectivo, descriptivo, en el cual se identificaron los factores predictivos de Burnout en enfermeras pediátricas y compararon la incidencia de Burnout, estrés laboral, ansiedad y soporte social. Se encontró que el estrés laboral es uno de los factores predictivos más fuertes para el desarrollo de Burnout, contrario a los hallazgos encontrados en este estudio donde el 54.2% de la población expreso que la residencia o el ejercicio de la medicina les causa mucho estrés, sin embargo a pesar de ello se encontró una prevalencia del 25% del Síndrome de Burnout.

Conclusión

1. La edad más frecuente fue de 25-35 años con un 87.2%, conformados en un 58.3% por personas del sexo femenino, el 75% no tiene hijos y un 50% de los miembros están solteros.
2. Ningún miembro de la población tiene Diabetes Mellitus tipo 2 o alguna otra enfermedad cardiovascular asociada.
3. Un 29.2% tiene 1 año ejerciendo la profesión de los cuales un 29.2% pertenece al servicio de cirugía y un 25% al servicio de Gineco-obstetricia.
4. Un 91.7% no tiene actividad laboral privada.
5. Afirmaron trabajar 10 horas extraordinarias por semana un 12.5%.
6. En una escala del 1 al 10 califican su ambiente laboral con 8 puntos un 37.5%
7. El 54.2% refieren que la residencia o el ejercicio de la medicina general les causa mucho estrés.
8. Un 87.5% sienten que no se les reconoce su trabajo.
9. Un 54.2% considera que su desempeño en el trabajo es regular.
10. Un 58.3% afirmaron perder el control por exceso de pacientes.
11. Un 87.5% refieren no tener conflictos interpersonales.

12. Un total de 70.8% refieren trabajar 1-4 jornadas extraordinarias por mes.
13. El 87.5% de los médicos estudiados tienen un nivel alto de realización profesional.
14. En el 62.5% de los casos se encontró un nivel medio de agotamiento emocional en los profesionales de la salud.
15. En el 87.5% de los casos se encontró un nivel alto de despersonalización en los profesionales de la salud.
16. El síndrome de Burnout tiene una prevalencia del 25% en la población.

Recomendaciones

1. Promover en el personal de salud actividades recreativas como deportes, teatro, canto, danza para el manejo del estrés y reforzar las relaciones interpersonales.
2. Que los médicos con síndrome de Burnout se les brinde terapia interinstitucional para control de la enfermedad y prevenir complicaciones a largo plazo en la salud mental.
3. Que la institución brinde estímulos de forma periódica por buen desempeño laboral a los profesionales de la salud.
4. Promover actividades que ayuden a reforzar el trabajo en equipo para disminuir las horas de trabajo extraordinarias y el exceso de pacientes en los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerley, G. B. (1988). Burnout among licensed phsychologists. *Professional Phsychology: Reserch and Practice*, 19 (6), 624-631.
2. Albadejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.
3. Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.
4. Anon, B. (1994). Burnished or burnt out: the delights and dangers of working in health. *Lancet*, 344, 1583-1584.
5. Antance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 293- 303.
6. Apiquian, A. (2007, Octubre 22). *El Síndrome del Burnout en las Empresas*. Retrieved Abril 19, 2012, from Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>.
7. Arias, F., Barboza, N., Blanco, J., Fajardo, E., Rivera, R., Rodríguez, S., Lépez, R. (2007). Síndrome del desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 12-16.

8. Ashkar, K. R. (2010). Prevalence of burnout among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad. Med J.*, 86:266-271.
9. Association., A. P. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson.
10. Barbado, F., Gómez, J., López, M., & Vásquez, R. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *An Med Interna*, 238-244.
11. Bargellini, A., Barbieri, A., Rovesti, S., & al, e. (2000). Relation between immune variables and Burnout in a sample of physicians. *Occup. Environ. Med*, 453 - 457.
12. Borritz, M., Bultmann , U., Rugulies, R., Christensen, K., Kristensen, T., & Villadsen, E. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of de PUMA Study. *J. Occup. Environ. Med*, 47, 1015-1025.
13. Brinkborg, H. M. (2011). Acceptance and comitment therapy for the treatment of stress among social workers: A ramdomized controlled trial. *Behav Res Ther.*, 49 (6-7) 389-398.
14. Buela, G., & Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
15. Burke, R. (1987). "Burnout in police work: An examination of the Cherniss model". *Group and Organization Studies*, 174-188.
16. Calíbrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 34, 233-240.

17. Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, 10, 131-139.
18. Casas, J. (2009). Síndrome de fatiga crónica. *Pediatr Integral*, 277-284.
19. Castillo, A., Benavente, S., Arnold, J., & Cruz, C. (2012). Presencia de Síndrome de Burnout en Hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Revista ANACEM*, 9-13.
20. Castillo, S. (2001). El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. *Med. leg. Costa Rica*, 17-24.
21. Cazabat, E. (2002). *Interpsiquis* . Retrieved Julio 26, 2012, from Desgaste por empatía, conferencia del Tercer congreso virtual de psiquiatría: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2285/1/interpsiquis_2002_6185.pdf .
22. Chapel, D. D. (1998). Violence at Work: *Geneve: International Labour Office*.
23. Cooper, C. (1999). *The theories of organisational stress*. Oxford: Oxford University Press.
24. De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 107-113.
25. Deckard, G. H. (1992). The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J Infect Dis.*, 165: 224-228.

ANEXOS

